

特种设备操作人员体检表

体检时间： 年 月 日

姓名		性别		出生年月		二寸照片 粘贴处
单位			工 种			
内科	血压		心脏		医生 签章	
	肺		腹部			
外科	头颈 脊椎		四肢 关节		医生 签章	
眼科	视力	左：	色觉		医生 签章	
		右：				
五官科	听力	左：	耳疾		医生 签章	
		右：				
体检 结论					体检医院 （盖章）	

本人声明：

本人没有不允许申请特种作业认可证的伤残或以下疾病：器质性心脏病、癫痫病、美尼尔氏症、眩晕症、癔病、震颤麻痹症、精神病、痴呆症以及其他疾病和生理缺陷。

签 名： _____ 年 月 日

注：身体检查要求在县（区）级或社区医疗机构以上体检。