**特种设备作业人员体检报告**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人填写** | 姓 名 | |  | 性 别 |  | 近期2寸白底  彩色照片 |
| 联系电话 | |  | 年 龄 |  |
| 身份证号码 | |  | | |
| 联系地址 | |  | | |
| **体检要求** | 叉车司机N1 | 体检无色盲、无色弱、四肢健全，身体无运动功能障碍 | | | | |
| 锅炉水处理G3 | 体检视力无色盲 | | | | |
| **医疗机构填写** | 身 高 | |  | 体 重 |  | |
| 色 盲 | | □无色盲 □有色盲 | 色 弱 | □无色弱 □有色弱 | |
| 四肢健全 | | □健全 □不健全 | 身体有无运动功能障碍 | □无运动功能障碍  □有运动功能障碍 | |
| **检查结论** | 医生签字： 年 月 日  （医疗机构盖章有效） | | | | | |