**特种设备作业人员体检证明**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人****姓名** |  | **性 别** | □男 | □女 |
| **身份证号** |  | **联系电话** |  |
| **健康证明** | **体检相关说明与要求：**1. **应由正规医院或体检机构出具本表规定项目的体检报告盖章有效；**
2. **双眼无色盲、无色弱；**
3. **四肢健全且身体**无运动功能障碍；
 |
| **色弱**：□是 □否 | **四 肢**： | □正常 |  | □不正常 |
| **色盲**：□是 □否 | **身体运动功能：** | □正常 |  | □不正常 |
| **体检结果：****□符合要求 □不符合****医生签字**:（医院或体检机构公章）： | 年 | 月 | 日 |
| **申请人承诺** | **申请人对本表填写信息、提供的材料及公章的真实性负责 申请人（签字）：** |