**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）：** | | | | | | |