特种作业人员体检表（新考证）

单位： 体检日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | （照片粘贴处一寸彩色照片）医院骑缝盖章 |
| 裸视力 | 左 右 | 辨色力 |  |
| 矫正视力 |  | 听力 |  |
| 血压 |  | 心率 |  |
| 身高 |  | 体重 |  | 四肢、关节 |  |
| 有无精神病、癫痫、眩晕症、突发性昏厥及生理缺陷 |  |
| 检查结果 医师签名： 医院盖章： 年 月 日 |

备注：体检医院必须是县（区）级（二级乙等）以上医疗机构

证明

兹有我单位员工：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，因其毕业证已遗失，经查明其具有初中文化程度。

特此证明。

 单位： 盖章

（须是法人单位公章，分公司和工程项目部公章无效）

 年 月 日