附件1

山东省特种作业操作人员健康查体表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 身份证号 | |  | | 两寸近期  免冠彩照 |
| 申报特种作业专业 | | 叉车司机 | | | | | | |
| 工作单 位 |  | | | | | 联系电话： | |  |
| 身高（cm） |  | 体重（kg） | |  | | 精神状态 | |  |
| 听力 | 左耳 |  | | 右耳 | |  | | | 医师检查意见：  （签字）  年 月 日 |
| 视力 | 左眼 |  | | 右眼 | |  | | |
| 辩色力 | 左眼 |  | | 右眼 | |  | | |
| 骨骼及关节 | 四肢 |  | | | | | | | 医师检查意见：  （签字）  年 月 日 |
| 脊柱 |  | | | | | | |
| 检查结果 | 有无：①器质性心脏病 ②癫痫病 ③美尼尔氏症 ④眩晕症 ⑤癔病 ⑥震颤麻痹症 ⑦精神病 ⑧痴呆症 ⑨其他疾病和生理缺陷。（确定项画“√”）  结果意见： | | | | | | | | 主管医师意见：  查体医院门诊部（公章）  年 月 日 |

附件2

特种设备作业人员资格申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | (近期2寸正面免冠白底彩色照片) |
| 身份证号 | |  | 文化程度 |  |
| 工作单位 | |  | | |
| 工作单位地址 | |  | | |
| 通信地址 | |  | | | |
| 邮 编 | |  | 联系电话 |  | |
| 申请作业项目 | | 叉车司机 | 申请项目代号 | N1 | |
| 工作简历 | 自\*\*\*年至今在（与盖章单位一致）工作，叉车实习中。 | | | | |
| 相关资料 | ☑身份证明 (复印件1份)注：这里三条都要画对号  ☑学历证明(毕业证复印件1份)  ☑体检报告(1份，相应考核大纲有要求的) | | | | |
| 用人单位意见 | (申请人在非户籍的工作所在地申请时需填写本栏)  用人单位 (加盖公章)： 必须盖章 年 月 日 | | | | |
| 本人声明，以上填写信息及所提交的资料均合法、真实、有效，并承诺对填写的内容负责。  申请人（签字）： \*\*\*\* 年 \* 月 \* 日 | | | | | |