

特种设备人员考试体检表

姓名		性别		
身份证号				
眼睛	视力	左:	矫正视力	
		右:		
	左:	右:	检查结果:	
色觉			医师盖章:	
其他眼病				
外科	四肢健全	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		检查结果:
	无运动障碍	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		医师盖章:
<p>检查结果</p> <p style="text-align: center; margin-top: 50px;">检查医院</p> <p style="text-align: center;">(盖章)</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">年 月 日</p>				

注：场（厂）内专用机动车辆作业人员