

## 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	左：
		右：		右：
	色觉			
	其他眼病			
检查结果：				
医师盖章				
检查医院 (盖章)				
年 月 日				