|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：**  **渔业船员健康状况证明** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 编号： | | | | | |
| 申请人填报事项 | 申 请 人 信 息 | 姓 名 | |  | | 性别 | |  | | | 出生日期 | | 年 月 日 | | | 近期正面免冠二寸 彩色照片 （打印或粘贴，需加盖医疗机构公章） | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 联系地址 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 申 告 事 项 | 申请类别 | | □驾驶类 □轮机类 □无线电人员 □其他渔业船员 | | | | | | | | | | | |
| 本人如实申告：□不具有 □具有 下列不得申请渔业船员证书的疾病或者情况： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □精神疾病 □影响肢体活动的神经系统疾病 □严重损害健康的传染病    □可能影响船上正常工作的慢性病  　　 本人签名： 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 医 疗 机 构 填 写 事 项 | | 身高 | cm | | 体重 | | kg | | | | 心肺功能 | | □是 □否 正常 | | 血压 | |  | |
| 视力 辨色力 | 裸视力 左/右 | | / | | | | | | 矫正视力 左/右 | | / | | 辨色 | |  | |
| 视力要求 | | 驾驶人员：两眼裸视0.8以上，或裸视力0.6以上且矫正视力1.0以上； 轮机人员：两眼裸视0.6以上，或裸视力0.4以上且矫正视力0.8以上。 辨色力:1.驾驶人员：辨色力完全正常；2.其他船员：无红绿色盲。 | | | | | | | | | | | | | |
| 听 力 | 左耳/右耳 | | / | | | | | 听力要求 | | 双耳均能听清50厘米距离的秒表声音 | | | | | | |
| 语言表达 | □是 □否 口齿清楚 （无线电人员应当口齿清楚） | | | | | | | 肢体运动 功能 | | 上肢/下肢 | | / | | | | |
| 医师 结论 | 该申请人 □ 符合 □ 不符合 《渔业船员健康标准》相应岗位要求。     医疗机构公章 责任医师签名：   年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **注：1、需用中文填写，字体工整，对应的“□”内打“√”确认，涂改无效。  2、“医疗机构填写事项”由乡镇级以上医院的医师填写并签名，加盖医院公章，否则无效。   3、对于肢体不健全的，应当写明肢体缺失的部位和程度。** | | | | | | | | | | | | | | | |
|