|  |
| --- |
| **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。** |
|