|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表1 **广州市特种作业操作证核发申请表 班别：**  **学号：**  委托培训单位办证 □　个人办证□ 填表时间：2017年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | | | | 性 别 |  | | | 照片 | |
| 出生年月 | |  | | | 身份证号 | | |  | | | |
| 文化程度 | |  | | | 身体状况 | | |  | | | |
| 单位全称 | | 无 | | | | | | 单位电话 |  | | |
| 个人手机  （必填） | |  | | | | | | 个人电话 |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 邮编 |  | | |
| 操作资格  认定种类 | | 新  申  请 | | 申请作业类别 | | |  | | | | | | |
| 申请作业项目 | | |  | | | | | | |
| 复审□  换证□ | | 申请作业类别 | | | □电工作业 □焊接与热切割作业 □制冷与空调作业 | | | | | | |
| 申请作业项目 | | | □低压电工 □高压电工 □熔化焊接与热切割作业 □制冷与空调设备运行操作作业 □制冷与空调设备安装修理作业 | | | | | | |
| 初次领证日期 | | | **年 月 日** | | | | 上次复审日期 | | 年 月 |
| 证书编号 | | | **T** | | | | 原发证机关 | |  |
| 从事特种作业以来是否有违章违法责任事故记录或拒绝、阻碍安全生产监管监察部门监督检查的情形。 | | | | | | | | | | | | |  |
| 本人保证本次申请所填写内容和提交的材料真实，  并经社区或县级以上医疗机构体检健康合格。 签 字：  日 期：2017年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **以下内容在考试合格后由培训单位填写** | | | | | | | | | | | | | |
| **学时证明** | | | | | | | | | | | | | |
| 国家系统培训班级名称 | | | | | | 2017广州市职工技术交流中心特种作业人员 | | | | | | | |
| 市安宣中心报考办理号 | | | | | |  | | | | | | | |
| 安全培训日期 | | | | | | 2017年 月 日 | | | | | | | |
| 培训方式 | | | | | | 面授 | | | |  | | | |
| 实修学时 | | | | | | 8 学时 | | | |  | | | |
| 考试成绩  (注：已对学历证明、身份证复核并确定无误 ) | | | | | | 理论成绩：  实操成绩： | | | | 培训单位：（盖章）  2017年 月 日 | | | |
| 受理单位核查意见 | | | 经办人意见： | | | | | | | | | | |
| 审核人意见： | | | | | | | | | | |  |
| 审批人意见： | | | | | | | | | | |
| 请选择证书送达方式（请在○上打“√”） | | | | | | | | | | | | | |
| ○自取 | ○邮寄  邮寄地址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 邮政编码:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­  收件人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |

班别：

学号：

表2  **广州市特种作业人员体检表**

报名日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | | | 性别 | | |  | | 身份证  号码 | | |  | | | |
| 作业类别 | | |  | | | | | | | | | | 工种 | | |  | | | |
| 工作单位 | | | **无** | | | | | | | | | | 邮政  编码 | | |  | | | |
| 联系地址 | | |  | | | | | | | | | | 联系  电话 | | |  | | | |
| 体 格 检 查 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血压 | |  | | 心率 | | 次/分 | | | | 四肢 | |  | | 关节 | | |  | | 贴  相  片  处 |
| 眼 | 原来视力 | | | 左 |  | | 右 | |  | 辨  色  力 | |  | | 听力 | 左 | | |  |
| 矫正视力 | | | 左 |  | | 右 | |  | 右 | | |  |
| 有无精神病、癫痫、眩晕、突发性昏厥及其它妨碍本工种作业的疾病和生理缺陷 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | （骑缝章） |
| **检查结果：**  医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 具备安全培训条件的生产经营单位或培训机构意见：  培训单位（盖章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |