**叉车报名材料规范**

按照顺序排好：

1. 特种设备作业人员考核申请表1份，内容须填写正确，必须本人**签字**，**有工作单位人员，填写单位地址、联系电话并且必须加盖单位公章**，外地户口的报名人员须加盖用人单位公章并且填写相关单位信息。
2. 近**期2寸免冠白底彩照2张**，不允许用普通纸张彩色打印（照片背面写好本人名字）**，其中1张贴申请表上**。
3. 身份证正反面复印件2份，**本人签字**（年龄要求:18周岁至60周岁）

4、 初中及初中以上毕业证复印件1份，**本人签字**（如毕业证丢失，须出具学校或教育局证明），**毕业证上名字和出生年月与身份证信息一致**。

5、 体检表1份，表格必须有医院盖章，色盲、耳聋不允许报名，**两眼裸视或矫正视力达到标准对数视力表4.9以上**。（市内各大医院或镇上卫生所均可）

6、符合免费的学员全额交款2000元（考试通过凭证书和资料自行申报补贴或由机构统一申报补贴）；失业人员交300元开卡费（考试通过后全额退回），自费学员收取2000元/人（含考试费）

7、申报2000元补贴的学员提交社保卡复印件1分。

**所有写字部份全部用黑色水笔！**资料备齐后交到**常熟市长江路佳和云筑18幢101室**，我们会尽快为您安排培训！  
咨询电话：51929800

特种设备作业人员资格申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | （近期2寸正面免冠白底彩色照片） |
| 身份证件号 |  | 文化程度 | |  |
| 工作单位 |  | | 所属  分局 |  |
| 工作单位地址 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 邮 编 |  | 联系电话 | |  | |
| 申请作业项目 |  | 申请项目代号 | |  | |
| 工  作  简  历 |  | | | | |
| 相  关  资  料 | □身份证明（复印件1份）  □学历证明（毕业证复印件1份)  □体检报告（1份，相应考试大纲有要求的）  □证件照片（2张，近期2寸正面免冠白底彩色） | | | | |
| 用  人  单  位  意  见 | （申请人在非户籍的工作所在地申请时需填写本栏）  用人单位（加盖公章）： 年　 月 日 | | | | |
| 本人声明，以上填写信息及所提交的资料均合法、真实、有效，并承诺对填写的内容负责。  申请人(签字)： 年 月 日 | | | | | |

注：表格内所有项目都必须填写，请使用黑色水笔填写。

**特种设备作业人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **性 别** |  | | | |
| **身份证号** |  | | | | | | |
| **联系电话** |  | | **文化程度** |  | | | |
| **申请**  **作业项目** |  | | **申请**  **项目代号** |  | | |
| **内**  **科** | 心 |  | **眼**  **科** | 视力 | 左 |  |
| 肺 |  | 右 |  |
| 血压 |  | 辨色力 |  | |
| 神经 |  | 医生签字： | | |
| 腹部 |  | **耳**  **科** | 听力 | 左 |  |
| 其他 |  | 右 |  |
| 医生签字： | | 医生签字： | | |
| **有无妨碍从事本工作的疾病和生理缺陷如：癫痫病、精神病等** |  | | **医院**  **体检**  **意见** | （盖医院体检专用章：）  日期： | | |
| **胸**  **透** | 一般不作胸透，医生认为需要时进行 | |
|  | |