特种设备新考证须带资料：

（1）《特种设备作业人员资格申请表》（2 份，须加盖单位公章，其余章等不能用；信息内容由培训老师指导填写，请勿自行填写）；

（2）《苏州市特种设备作业人员审核发证体检表》（新考证须要体检，体检结果有效期 3 个月，自行选择区级以上医院体检，费用自理；体检表贴好二寸正面、免冠、白底彩色照片后再体检；用黑色水笔填写姓名、性别、身份证号，其余信息由培训老师指导填写，请勿自行填写；体检表上出现色盲、色弱、高血压等禁忌症不能参加培训）

（3）身份证复印件 2 份（不要用废纸）；

（4）学历证明复印件 2 份（操作员必须初中或初中以上，管理员必须高中或高中以上）（不要用废纸，文字准确印章清晰）；

（5）照片（6 张2 寸白底彩色照片，背面用正楷写好姓名）；

（6）提交社保权益记录单，权益单上需加盖单位公章。（设备管理员须有连续2年以上该单位社保记录，其他工种3个月或以上）；

（7）考证项目的特种设备使用标志复印件1份（学员单位需为该设备的使用单位）

（8）身份证原件

（9）实行机考和实操模式

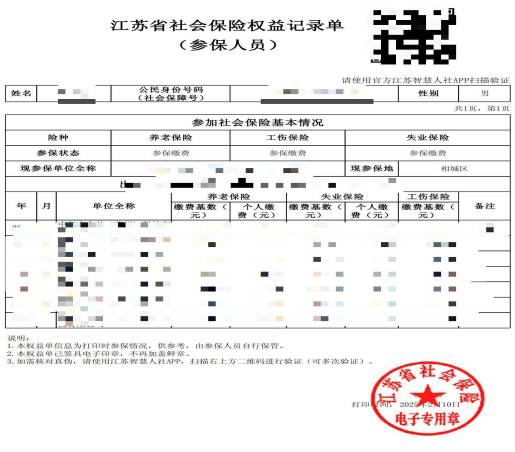
注：作业项目和代号

作业项目	项目代号
特种设备安全管理	A
快开门式压力容器操作	R1
叉车司机	N1
观光车和观光列车司机	N2
行车地操司机	

特种设备使用标志示例



社保权益记录单示例



特种设备作业人员资格申请表

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td rowspan="4">微信公众号
照片粘贴处</td></tr>
<tr><td>身份证件号</td><td></td><td>文化程度</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>工作单位地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>通信地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>邮编</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申请作业项目</td><td></td><td>申请项目代号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>工作简历</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">相关资料</td><td colspan="4">□身份证明(复印件)1 份</td></tr>
<tr><td colspan="4">□学历证明(毕业证复印件 1 份，相应考核大纲有要求的)</td></tr>
<tr><td colspan="4">□体检报告(1 份，相应考核大纲有要求的)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">用人单位意见</td><td colspan="4">（申请人在非户籍工作所在地申请时需“用人单位意见”一栏）</td></tr>
<tr><td colspan="4">用人单位（加盖公章）：　　日期：</td></tr>
<tr><td colspan="5">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)：　　日期：</td></tr>
</table>

注：申请人在网上申请的，填报申请表后打印盖章签字并扫描上传。

苏州市特种设备作业人员审核发证体检表

工种：　　日期：

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>身份证号</td><td colspan="2"></td><td rowspan="4">照 片
粘贴处</td></tr>
<tr><td>所在单位</td><td colspan="3"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>单位地址</td><td colspan="3"></td><td>手　机</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>文化程度</td><td></td><td>本工种工龄</td><td></td><td>邮　编</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>考核成绩</td><td colspan="3">理论成绩：</td><td colspan="4">实考成绩：</td></tr>
<tr><td colspan="8">本人委托培训单位　　同志办理审核发证申请及领证手续。申请人签字：</td></tr>
<tr><td colspan="8">体　格　检　查　表</td></tr>
<tr><td rowspan="7">内
科</td><td>心</td><td></td><td rowspan="4">眼
科</td><td rowspan="2">视 力</td><td>左</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>肺</td><td></td><td>右</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>血压</td><td></td><td>辨色力</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>神经</td><td></td><td colspan="4">医生签字：</td></tr>
<tr><td>腹部</td><td></td><td rowspan="3">耳
科</td><td rowspan="2">听 力</td><td>左</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>其他</td><td></td><td>右</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医生签字：</td><td colspan="4">医生签字：</td></tr>
<tr><td colspan="2">有无其他疾病如癫痫病、精神病</td><td></td><td rowspan="3">医院
体检
意见</td><td colspan="4" rowspan="3">（医院盖章）
日期：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">胸
透</td><td></td></tr>
<tr><td>一般不作胸透，医生认为需要时进行</td></tr>
</table>

注：1、申请者必须年满 18 周岁，具有相应的文化程度。