**漁船船員體格檢查證明書**

附件三

第九條第四項

檢查醫院名稱： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 年齡 | | | | 歲 | | 出 生 日 期 | | 年 月 日 | | | 性別 | |  | | 出生地 | 市  縣(市) | |
| 國民身分證統一編號 | | | | |  | | | | | | | | | | 船員 類別 | 幹部船員 | | | | | 普通船員 | |
| 居留證號碼 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 住址 |  | | | | | | | | | | | | | | 漁航 | | 輪機 | | 電信 | ˇ | |
|  | |  | |  |
| 身高 | 公分 | | | | | | | 體重 | | 公斤 | | | | | 吸菸 |  | | 飲酒 | |  | 檳榔 |  |
| 眼 | | 視力 | 左 | 裸眼視力  矯正視力 | | | | | | 右 | | 裸眼視力  矯正視力 | | | 眼疾： | | | | | 色盲： | | |
| 耳 | | 聽力：左： | | | | | | | | 右： | | | | | 耳疾： | | | | |  | | |
| 語言障礙： | | | | | | 頭頸部： | | | | | | | | 脊柱及四肢： | | | | | 關節： | | | |
| 貼照片處  （需加蓋騎縫章） | | | | | | | 檢查結果  (請加蓋「合格」或「不合格」) | | | | | | | | | | 檢查醫院 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | （加蓋印信） | | | | | |
| 檢驗醫師： （簽章） | | | | | | | | | | 檢驗日期： 年 月 日 | | | | | |