


JIS Z 2305:2013 「非破壊試験技術者の資格及び認証」に関する視力検査証明書

※本書類は検査実施日より 1 年有効 (新規受験申請書にはコピーを添付すること。)

(1) 証明者記入欄: 私(雇用責任者)は、以下の申請者について視力の要求事項を満足していることを証明します。< ①~⑤の記入欄を全て埋めてください。>但し、⑤については、一般的な色覚検査(石原式等の確認)で異常の無い場合は、空白でも結構です。申請する NDT 方法に特化して色覚確認された場合、その NDT 方法を記載してください。

証明者	①雇用責任者氏名・押印	非破壊 一郎 	②証明日	20 17年 6月 20日
	③勤務先名・役職	非破壊ABC株式会社	検査部	部長

④申請者氏名	非破壊 二郎	⑤申請 NDT	RT
--------	--------	---------	----

(2) 視力検査 (A 近方視力検査、B 色覚検査) 実施者 < A, B について記入してください。 >

※レベル 3 資格保持者又は医療機関の方が視力検査を実施した場合は、証明者(雇用責任者)が代筆記入しても構いません。
 ※雇用責任者に任命をされて勤務先の第三者が視力検査を実施した場合、⑦と⑨の(b)雇用責任者(代理)欄を使用してください。

A 近方視力検査 (⑥、⑦を記入する。)

⑥検査実施日	20 17年 6月 5日		
⑦検査実施者 該当する(a)~(d)のいずれかの□にレ点を入れ、必要事項を記入。	<input checked="" type="checkbox"/> (a) 雇用責任者 [本紙(1)の証明者]		
	<input type="checkbox"/> (b) 雇用責任者 (代理) ⇒	氏名	
	<input type="checkbox"/> (c) レベル 3 資格保持者 ⇒	氏名	
	申請者と同一勤務先の場合は勤務先名省略可	認証番号	N
	<input type="checkbox"/> (d) 医療機関 ⇒	勤務先名	
		医療機関名	

受験申請受付日から 1 年以内の日付けが有効な書類です。

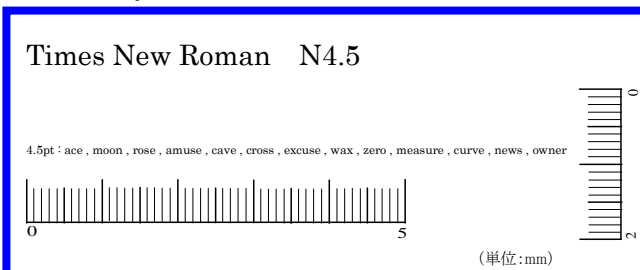
B 色覚検査 (該当する(7)~(9)のいずれかの□にレ点を入れる。必要に応じて⑧、⑨を記入する。)

- (7) 「A 近方視力⑦検査実施者」と同じ者が「B 色覚検査」を実施。⇒⑧、⑨の記入は省略可。
- (イ) 「A 近方視力⑦検査実施者」と同じ者が「B 色覚検査」を実施したが検査実施日が異なる。⇒⑧のみ記入。(⑨は記入省略)
- (ウ) 「A 近方視力⑦検査実施者」とは別の者が「B 色覚検査」を実施。⇒⑧、⑨記入。

⑧検査実施日	20 17年 7月 20日		
⑨検査実施者 該当する(a)~(d)のいずれかの□にレ点を入れ、必要事項を記入。	<input type="checkbox"/> (a) 雇用責任者 [本紙(1)の証明者]		
	<input type="checkbox"/> (b) 雇用責任者 (代理) ⇒	氏名	
	<input type="checkbox"/> (c) レベル 3 資格保持者 ⇒	氏名	
	申請者と同一勤務先の場合は勤務先名省略可	認証番号	N
	<input checked="" type="checkbox"/> (d) 医療機関 ⇒	勤務先名	
		医療機関名	東京 ●●眼科医院

視力 (近方視力・色覚) の要求事項

A 近方視力要求事項: 下記の文字 (Times New Roman N4.5) [Jaeger number 1 でも可] について 30 cm 以上離れて単眼又は両眼 (視力矯正可) で判読できること。近方視力については受験申請前及び資格取得後毎年 1 回実施し、雇用責任者が本書類 (原本) 又は本書類の様式に準じた記録を毎年保管し JSNDI から提示を求められた場合は提出をしてください。



- (注 1) 左記を使用する場合は、枠内の縦と横のスケールの寸法 (単位: mm) が原寸であることを確認して下さい。
- (注 2) パソコンからプリンタ出力する場合は、True Type フォントの指定が必要です。

B 色覚要求事項: 色覚は、申請する NDT 方法で使われる色彩又はグレイスケール (灰色の濃淡) 間のコントラストを見分けて識別できること。申請する NDT 方法において業務上支障がないことを雇用責任者が証明してください。<参考>色覚検査表等を使用される場合の例としては、石原式色覚検査表があります。