

NAS410 に基づく非破壊試験技術者資格試験 新規受験用 視力証明書
 ※本書類は証明日より1年有効（受験申請書にはコピー（スキャンデータ）を添付すること。）

【近視力検査】と【色覚検査】を実施し、下記の欄を全て記入してください。

申請者氏名		申請 NDT 方法	
-------	--	-----------	--

近視力検査

※NAS 410 に規定されている Snellen 又は Jaeger、ISO 18490 に基づいて実施すること。

検査実施日・証明日	20 年 月 日
検査実施者・証明者 ※右記のいずれかの□にレ点を入れ、必要事項を記入。	<input type="checkbox"/> 医療機関 ※医療機関で行った場合、診断書のコピー（スキャンデータ）を添付してください。 医療機関名：
	<input type="checkbox"/> NAS 410 Responsible レベル3 資格保持者 私(NAS 410 Responsible レベル3 資格保持者)は、上記の申請者について近視力の要求事項を満足していることを証明します。 ・ 検査実施者署名： _____ ・ 勤務先会社名・役職名： ・ 所在地：

色覚検査

※申請する NDT 方法において業務上支障がないことを検査実施者・証明者が証明してください。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。

検査実施日・証明日	20 年 月 日
検査実施者・証明者 ※右記のいずれかの□にレ点を入れ、必要事項を記入。	<input type="checkbox"/> 医療機関 ※医療機関で行った場合、診断書のコピー（スキャンデータ）を添付してください。 医療機関名：
	<input type="checkbox"/> NAS 410 Responsible レベル3 資格保持者 私(NAS 410 Responsible レベル3 資格保持者)は、上記の申請者について色覚の要求事項を満足していることを証明します。 ・ 検査実施者署名： _____ ・ 勤務先会社名・役職名： ・ 所在地：