

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
検査方法 ※右記のいずれかの □にレ 点を入れ、 検査結果を添付 すること。	<input type="checkbox"/> Snellen <input type="checkbox"/> Jaeger <input type="checkbox"/> ISO 18490
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 すること。	<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。 ・ Responsible レベル 3 資格保持者署名
	<input type="checkbox"/> その他 ・ 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
検査方法 ※右記のいずれかの □にレ 点を入れ、 検査結果を添付 すること。	<input type="checkbox"/> 石原式 <input type="checkbox"/> その他 ()
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 すること。	<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。 ・ Responsible レベル 3 資格保持者署名
	<input type="checkbox"/> その他 ・ 検査実施者 署名 : _____ 勤務先会社名・役職名 : _____ 所在地 : _____