

第1種	登録小型船舶教習所 受講申込書
第2種	

私は、貴会が設置する船舶職員及び小型船舶操縦者法（昭和26年 法律第149号）第23条の26第1項の規定による下記の登録小型船舶教習所の教習を受けたいので、次のとおり受講を申し込みます。

平成 年 月 日

株式会社 日本船舶職員養成協会西日本
代表取締役 殿

ふりがな 氏名	◎	男 女	生年月日	昭平	年	月	日	
			年齢				才	
本籍	都道府県（都道府県名のみ記入）							
現住所	〒							
	TEL（自宅）	（携帯）	（メール）					
	勤務先名	TEL（勤務先）						
教習所の種類	小型船舶操縦士 第 種教習所							
課程の名称								
設置期間	自平成	年	月	日	至平成	年	月	日
※受有する操縦免許証又は海技免状	有 無							

※「有」に○印をされた方は、必ず写しを添付して下さい。

- （注1）当社は、申込者が受講申込書に記載された申込者に係る個人情報を取得し、利用し、かつ個人データ内容の正確性の確保並びにこれらの保護をいたします。
- （注2）当社は、注1の個人情報等に基づき、直接申込者に当社の実施する更新・失効再交付等の講習案内を行う場合は、使用させていただきます。
- （注3）申込者は、氏名欄について、氏名を記載し押印することに代えて、署名することができます。

ここから下の欄は、申込者が記入しないこと。

住民票の写し	身体検査証明書	写真	教習料等	海技免状等の写し	その他
--------	---------	----	------	----------	-----

小型船舶操縦士身体検査証明書

(申請者記入)

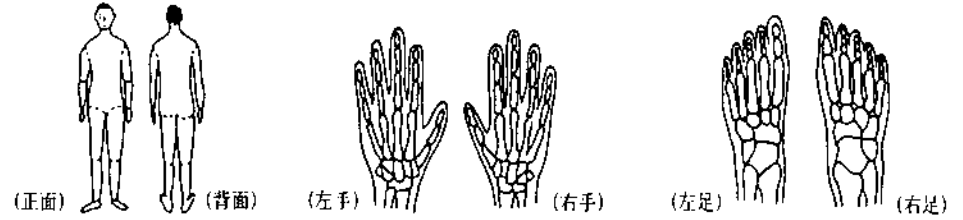
氏 名 (ふりがなをつけること)		性 別
		男 女
出生の年月日	更新をし、又は再交付を受けようとする操縦免許証に係る資格又は受けようとする試験の種類	
年 月 日	級 小型船舶操縦士	
現 住 所		
〒		
TEL ()		

(写 真)
次のような写真をはり付けること。
1 縦 45mm~30mm
横 35mm~24mm
2 申請日前6月以内撮影
3 無帽、正面上半身

割
印

写真の割印は医師又は検査員の押印とする。

(2) 身体機能の障害の部位(身体機能の障害がある者の場合のみ記入)
切断部位は _____、障害部位は により図示すること。



(3) 運動機能 (身体機能の障害がある者の場合のみ記入)

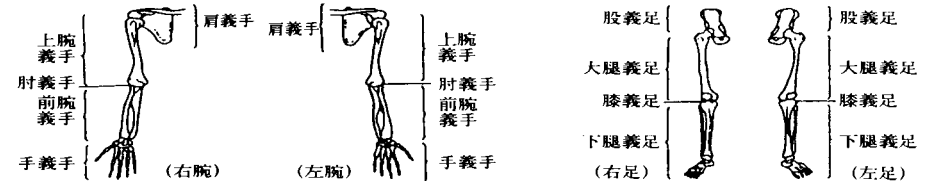
関節の屈伸		
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩 行	できる	できない

障害のある関節 (関節の屈伸のいずれかができなかった者の場合のみ記入)

手 関 節	肘 関 節	肩 関 節
左 右	左 右	左 右
股 関 節	膝 関 節	足 関 節
左 右	左 右	左 右

(4) 義手義足 (義手又は義足を装着している者の場合のみ記入)

義手義足を装着している部分を により図示すること。



(医師又は検査員記入)

1 視 力

視 力 (矯正で可)	左	右
視 野 (矯正をしても一眼が0.5未満の者の場合のみ記入)	左	右

2 色 覚

(更新又は失効再交付に係る者の場合は記入不要)

正 常	そ の 他
-----	-------

3 聴 力

5 m の 話 声 語 の 弁 別	可	不可
上欄の5mの話声語の弁別について'不可'の者にあつては汽笛の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)	可	不可

4 疾 病

疾病の有無	病 名 及 び 程 度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有 無		有 無

5 身体機能の障害

(1) 身体機能の障害の有無

身体機能の障害の有無	障 害 の 内 容 及 び 程 度
有 無	
握力(両手の手指に障害のある者の場合のみ記入)	左 kg 右 kg

6 医師又は検査員所見

(受検者の小型船舶操縦者としての業務又は操縦について指摘すべきことがあれば記入)

船舶職員及び小型船舶操縦者法施行規則別表第9の検査項目について _____ 年 月 日
検査を行った結果、上記のとおりであることを証明します。

医師又は検査員の氏名 _____
医療機関又は講習機関の名称 _____
及 び 所 在 地 _____

印