

第一種

登録小型船舶教習所
受講申込書

私は、貴社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10第の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。

申込日

_____年 _____月 _____日

(有)マリンライセンス教育センター代表 殿

教習所の種類:2級小型船舶操縦士 第1種教習所

ふりがな			※外国籍の方は西暦で記入
氏名	印	生年月日	昭 _____年 _____月 _____日 平
本籍	都道府県(都道府県のみ記入) ※外国籍の方は国籍を記入	年齢	_____歳
現住所	〒 _____ ※住民票の住所を記入して下さい(大字、字、建物名等省略しない事)		
	TEL(自宅)	(携帯)	(メール)
	勤務先名	TEL(勤務先)	
教習コース	<input checked="" type="radio"/> 2級	<input checked="" type="radio"/> 2級(進級)	
教習地	_____市・町・村 教室		
教習期間	学科開講日: _____年 _____月 _____日 学科初日のみ記入して下さい		
受有する操縦免許証又は海技免状	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 紛失 「有」に○をした方は免許・免状の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致します。

(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、氏名を記入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	受付店

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別	
年 月 日	小型船舶操縦士	
現 住 所		
〒 — ()		


(写真)

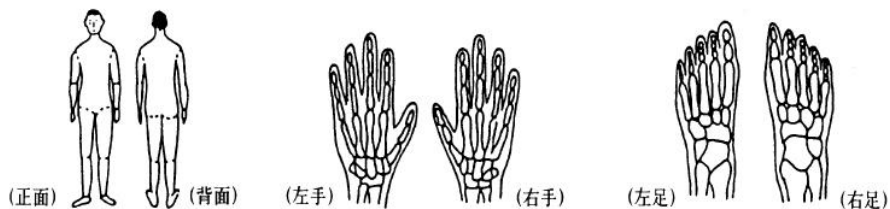
次のような写真をはり付けること。

1 縦 45mm
横 35mm

2 申請日前6月以内撮影

3 無帽、正面上半身

(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)


①関節の屈伸

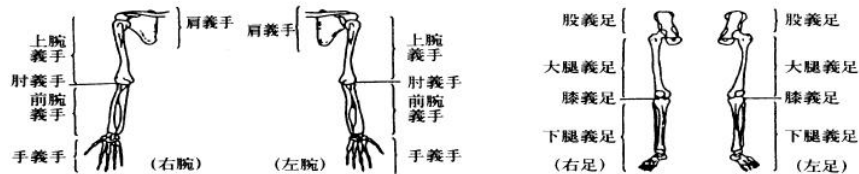
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

②障害のある関節(関節の屈伸のいずれかができなかつ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。



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
 所在地及び連絡先

(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

5mの話し声の弁別	可	不可
上欄の5mの話し声の弁別について「不可」の者につい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	右
	kg	kg

小型船舶操縦士身体検査証明書 記入要領

不明な点がございましたらご連絡願います。

(有)マリンライセンス教育センター
TEL 0234-35-1730

■お医者様へ

- ① 視力については裸眼視力又は矯正視力で片眼が0.5未満のときは、0.5以上が見える眼の視野角度を度数で記入願います。
- ② 3聴力検査では補聴器の使用は可となっております。
- ③ 複数の医療機関で項目別に検査した場合、空白部分に医師の氏名、医療機関の名称、所在地、電話番号、検査日を記載して下さい。

この記入要領は必ず医師に見せて下さい。

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
出生年月日	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	小型船舶操縦士
現住所	
〒	

※住民票の住所を記入して下さい。
大字、字、建物名等省略しない事。

写真

- ・申請日前6月以内撮影
- ・無背景、無帽
- ・正面上半身

1級の方は1級
2級の方は2級
進級(1級)の方は1級
進級(2級)の方は2級と記入

本人記入

(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

その他に○が付いた場合は、当教習所へご連絡願います。

3 聴力 (補聴器可)

5mの話し声の弁別	可 <input checked="" type="radio"/>	不可 <input type="radio"/>
上欄の5mの話し声の弁別について「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 <input checked="" type="radio"/>	不可 <input type="radio"/>

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 <input type="radio"/>		有 <input type="radio"/>
無 <input checked="" type="radio"/>		無 <input checked="" type="radio"/>

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 <input type="radio"/>	
無 <input checked="" type="radio"/>	

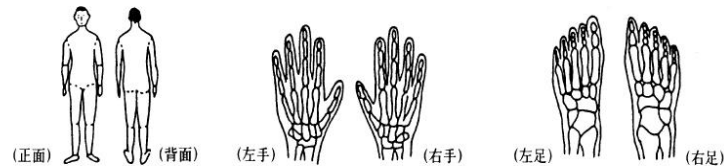
握力 (両手の手指に障害のある者の場合のみ記入)

左	kg	右	kg

検査結果を○で囲む

下記(2)(3)(4)は5(1)身体機能の障害の有無で検査結果が「有」と記入された場合に所要項目に記入。

(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)

①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

②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
足関節	左 右	

0.5以上見える眼の視野角度を記入。

(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。



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。

年 月 日

医師の氏名
医療機関の名称
所在地
電話番号 () -

委任状

私は、海事代理士佐藤さなえを代理人と定め下記の件を委任します。

記

- 船舶職員及び小型船舶操縦者法に基く申請及び免許証の受領について一切の件

年 月 日

(申請者) 氏名

国土交通大臣 殿

委任状

私は、海事代理士佐藤さなえを代理人と定め下記の件を委任します。

記

- 船舶職員及び小型船舶操縦者法に基く申請及び免許証の受領について一切の件

00年 00月 00日

署名した日付を記入

(申請者) 氏名 小型太郎

※書き直す場合は誤った箇所に訂正印を押してください。