

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

【 2日間コース 】

(有)マリンライセンス教育センター代表 殿

ふりがな			※外国籍の方は西暦で記入	
氏名	印	生 年 月 日	昭 平	年 月 日
本籍	都道府県(都道府県のみ記入)	年 齢		歳
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1種教習所		
教習コース	1級	2級	進級	市・町・村 教室
教習期間	学科開講日:(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○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

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。

平成 年 月 日

申込日を記入

【 2日間コース 】

(有)マリンライセンス教育センター代表 殿

受講者記入欄

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
本籍	都道府県(都道府県のみ記入)	年齢	平	歳
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1種教習所			
教習コース	1級	2級	進級	〇〇〇 市・町・村 教室
教習期間	学科開講日:(自)平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ (至)平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
受有する操縦免許証又は海技免状	有	無	「有」に〇をした方は免許・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。

(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

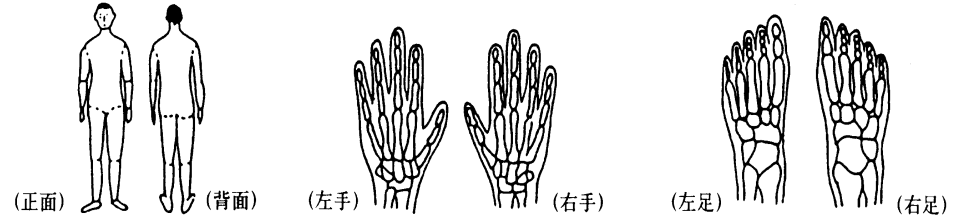
疾病の有無	病名及び程度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有 無		有 無

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

(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

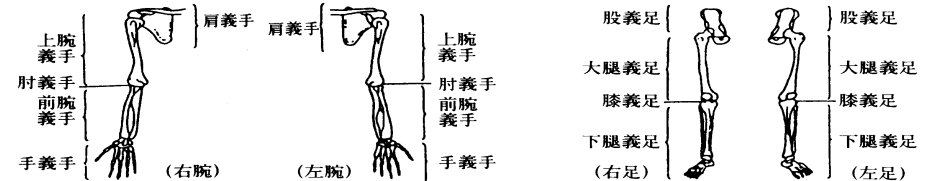
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩 行	できる	できない

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。



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

小型船舶操縦士身体検査証明書 記入要領

この記入要領は必ず医師に見せて下さい。

■受講者の皆様へ

写真部分へ医師の割印が必要です。写真（4.5mm×3.5mm）を貼付し、氏名～住所まで記入のうえ、病院へお持ちください。

※歯科医、接骨院以外の病院で受診して下さい。
※会社等で受診した健康診断書等は使用できません。

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。

■お医者様へ

① 1 視力等所要の項目について、もれなく記入願います。

② 視力については裸眼視力又は矯正視力が0.5未満のときは、0.5が見える眼の視野角度を記入願います。※ 当該視野角度の合格基準は150°以上となっています。

③ 3 聴力検査では補聴器の使用は可となっております。

④ 4、5 疾病 身体機能の障害（1）身体機能の障害の有無で「有」との該当者については、所要の項目についてご記入願います。

⑤ 訂正する場合は、2本線を引き、必ず訂正印を押印してください。

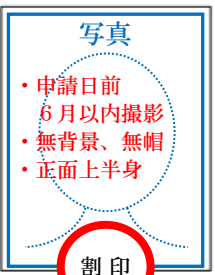
⑥ 捺印、割印、訂正印は、全て同じ印（医師個人名印）でお願いいたします。

⑦ 複数の医療機関で項目別に検査した場合、その検査項目下の空白部分に医師の氏名、所在地を記載し、捺印と写真への割印を押印してください。

小型船舶操縦士身体検査証明書

（申請者記入）

氏名 タカハシ タロウ 高橋 太郎	性別 男
出生年月日 00年00月00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 級 小型船舶操縦士
現住 〒998-0005 山形県酒田市宮海字中砂畑27-9	1級の方は1 2級の方は2 進級の方は1と記入
TEL 0234 (35) 1730	

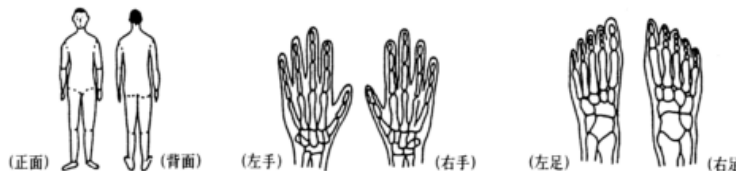


割印

写真の割印は医師印と同一のものを押印。

※写真の割印は、医師又は検査員の捺印とする。

(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）

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
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
及び所在地



※電話番号も記入してください。

2、色覚
その他に○が付いた場合は当社に相談願います。※小型船舶操縦士免許証受有者は検査省略。医師にその旨を伝え、船舶免許証を提示して下さい。

（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」の者にあっ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

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

1. 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

平成 年 月 日

(申請者) 氏名 _____ 印

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

日付(署名日)と署名し押印して下さい

平成 00 年 00 月 00 日

(申請者) 氏名 高橋 太郎



国土交通大臣 殿