

国家試験受講申込書

申込日 令和 年 月 日

いまりマリーナ 殿

試験日 年 月 日

受講コース 該当するコースに○	一級	一級進級	二級	特殊	
フリガナ 氏 名		年 齡	満 才	性 別	男・女
住 所	〒				
電 話		携 帯			
生年月日	S・H	年	月	日生	本籍地
現有資格	級小型船舶操縦士	年	月	日 第	号
	級海技士（航海）	年	月	日 第	号
	級海技士（機関）	年	月	日 第	号
紹介代理店					

免許教室を何でお知りになりましたか。

- 1 インターネット 2 新 聞 3 釣具店（ ）
4 チラシ 5 その他（ ）

国家試験受験目的以外には使用致しません

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	一級・二級・特殊小型船舶操縦士		
現 住 所			

(写真)

次のような写真をはり付けること。

- 縦 45mm
横 35mm
- 申請日前6ヵ月以内撮影
- 無帽、正面上半身

※写真の複製は、医師又は検査員の押印とする。

押印

(医師又は検査員記入)

1. 視力	力 (矯正で可)	左	右
視野	野	左	右

(矯正をしても一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)

2. 色覚

(更新又は失効再交付の場合は記入不要)

正 常 そ の 他

3. 聴力

5 m の 話 声 語 の 弁 別	可	不可
上欄の5 m の話声語の弁別について「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

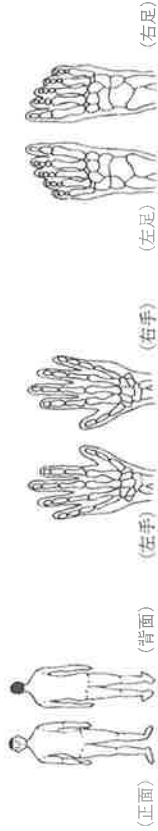
疾 病 の 有 無	病名及び程度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有 無		有 無

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 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〳〵〵〵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)

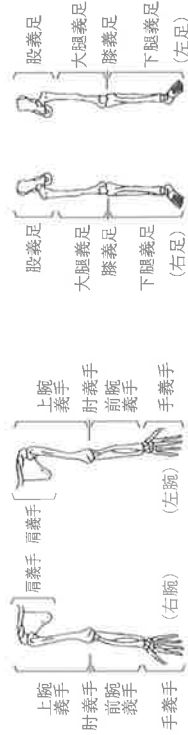
① 関節の屈伸			
手指の屈伸	できる	できない	できない
手の屈伸	できる	できない	できない
膝の屈伸	できる	できない	できない
歩 行	できる	できない	できない

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 腕	左 腕	左 腕	右 腕
左 股 関 節	左 股 関 節	左 股 関 節	右 股 関 節
左 足	左 足	左 足	右 足

(4) 義手足 (義手足を装着している者の場合のみ記入)

義手足を装着している部分を〳〵〵〵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

この記入要領は必ず医師に見せて下さい

記入要領(例)

第23号様式(第80条、第85条、第99条関係)(日本工業規格A列4番)

小型船舶操縦士身体検査証明書

(申請者記入)

氏名(ふりがなをよめること)	性	別
関門太郎	男	女
出生年月日	更新し、又は再交付を受けようとする乗艇免許証に係る資格又は、受けようとする試験の種類	
昭和50年6月7日	一級・二級・特殊小型船舶操縦士	
現住所	住	
(住民票住所)	〒083-266-4029	

※写真の割印は医師又は検査員の押印です。

(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ヵ月以内撮影
3.無帽、正面上半身

割印
医師の割印
右下と同じ印

視力が片眼0.5未満の場合は、
良い方の目の視野を記入する

(医師又は検査員記入)

1. 視力	左	0.4	右	0.5
視野	左		右	150度
(矯正しても一眼が0.5未満の場合はのみ記入)				

海技士(航海)又は、小型船舶操縦免許受有者は、記入不要です。
正常以外の場合は、その他に○のみ記入

2. 色覚
(更新又は失効再交付の場合は記入不要)
正常

3. 聴力	5mの話し言葉の弁別	不可
聴器使用可	上欄の5mの話し言葉の弁別について「不可」の者には次音の音の弁別(医師が検査を行う場合は記入不要)	可

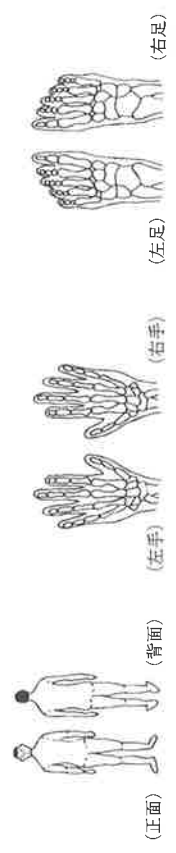
4. 疾病	病名及び程度(疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有	無	有

5. 身体機能の障害	障害の有無	障害の内容及び程度
有	無	障害が有の場合は、その内容及び程度を詳しく記入し、右欄の(2)、(3)又は(4)についても、正確に記入して下さい。
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

身体検査合格基準

- 視力…矯正視力を含め両眼とも0.5以上
但し、一眼の視力が0.5未満でも次の要件に適合すれば良い。
①他眼の視力が0.5以上
②他眼の視野が左右150度以上
- 色覚…色盲又は色弱でないこと
(注)色弱の方は、別に検査します。
- 聴力…5mの話し言葉の弁別ができること
但し、補聴器の使用可

(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——、障害部位は〇〇〇〇により図示すること。



医師へお願い
●写真の割印、訂正印、氏名印は、検査を行った医師が同一の印を鮮明に押して下さい。

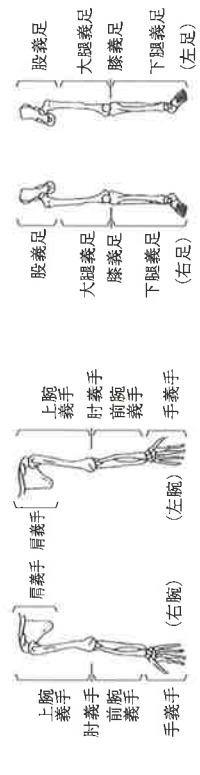
(3) 運動機能(身体機能の障害がある者の場合のみ記入)

①関節の屈伸			
手指の屈伸	できる	できない	できない
手の屈伸	できる	できない	できない
腕の屈伸	できる	できない	できない
歩	できる	できない	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	腕
左	左	左	右
右	右	右	左
股関節	膝関節	足関節	足
左	左	左	右
右	右	右	左

(4) 義手足(義手又は義足を装着している者の場合のみ記入)
義手足を装着している部分を〇〇〇〇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
記入
(電話番号も記入して下さい)

印

委任状

私儀

海事代理士 山口 富士夫 を代理人と定め下記の権限を委任致します。

記

- 船舶職員及び小型船舶操縦者法並びに同法施行規則に係る申請、届出並びに関係書類の受領、取下げその他付随する一切の件。
- 上記の手續に必要な個人情報を善良なる管理者として管理し、適宜連絡通知等を行う件。

以上

令和 年 月 日

住 所

氏 名 (署 名)

委 任 状

私は、 山口富士夫 を代理人と定め下記の件を委任します。

記

1. 令和 年 月 日の における 級小型船舶操縦士試験に
ついての申請並びに交付書類及び返却書類の受領についての一切の件

令和 年 月 日

小型船舶操縦士試験機関
一般財団法人日本海洋レジャー安全・振興協会

氏 名	印



(記入例)

委 任 状

私は、 山口富士夫 を代理人と定め下記の件を委任します。

記

1. 令和 年 月 日の における 級小型船舶操縦士試験に
ついての申請並びに交付書類及び返却書類の受領についての一切の件

令和 年 月 日

小型船舶操縦士試験機関
一般財団法人日本海洋レジャー安全・振興協会

氏 名	印

捨印

氏名と捺印だけで結構です。
日付等はこちらで記入します。