

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。

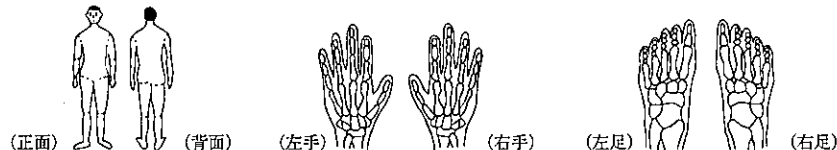
- 縦 45mm
横 35mm
- 申請日前6ヵ月以内撮影
- 無帽、正面上半身

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)

①関節の屈伸

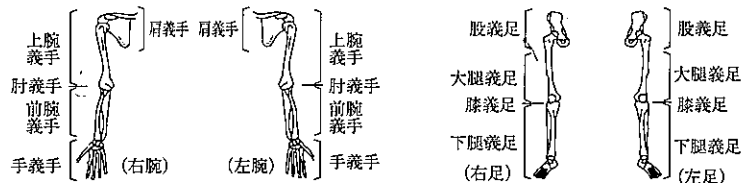
手指の屈伸	できる	できない
手の屈伸	できる	できない
膝の屈伸	できる	できない
歩行	できる	できない

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。



(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未満のものの場合のみ記入)	左	右

2. 弁色力

(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	右
	kg	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8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

印

この記入要領は必ず
医師に見せて下さい

身体検査を受ける前に、
必ずお読み下さい。

記入要領(例)

(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。

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)

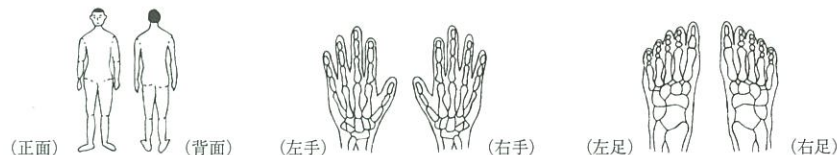
氏名 (ふりがなをつけること。)		性別
かんもん 関門 太郎		男
出生の年月日	更新をし、又は再交付を受けようとする操縦免許証に係る資格又は、受けようとする試験の種類	
昭和50年 6月 7日	一級 二級・特殊小型船舶操縦士	
現住所		
(住民票住所)		
☎ 083 - 266 - 4029		

(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

※写真の割印は、医師又は検査員の押印とする。

割印

医師の割印
右下と同じ印



医師へのお願い
●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。

(医師又は検査員記入)

1. 視力

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

視力 (矯正で可)	左 0.4	右 0.5
視野 (矯正をしても一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)	左	右 150度

2. 弁色力

(更新又は失効再交付の場合は記入不要)

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

正常 その他

3. 聴力

補聴器 使用可	5mの話し語の弁別	可	不可
上欄の5mの話し語の弁別について「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	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

(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8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

身体検査合格基準

1. 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

2. 弁色力…色盲又は色弱でないこと
(注)色弱の方は、別に検査します。
3. 聴力…5mの話し語の弁別ができること
但し、補聴器の使用可

4. 疾病…小型船舶操縦者としての業務への支障がないこと
5. 身体機能…障害があっても、その程度により受験可

(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。

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



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)

第4号様式

同 意 書

水上オートバイの試験は、試験員が後部座席に同乗して行います。しかし、危険回避のため試験員にできることは、緊急エンジン停止コードを引き抜くことだけであり、ハンドル操作やスロットル操作による回避動作をとることはできません。よって、下記の確認事項及び遵守事項を承諾し、同意できる方は、自筆による署名・捺印をお願いいたします。なお、同意いただけない方は実技試験を受験できません。

<確認事項>

試験中に、万一、傷害、死亡その他の事故等が発生したときにおいて、その事故原因が受験者ご本人の操縦又は過失に起因したものである場合は、試験機関は一切その責任を負いません。

<遵守事項>

1. 試験員の指示に従うこと。
2. 無理な操作や無謀な運転をしないこと。
3. 試験中は、常に安全に留意し、慎重に、落ち着いて行動すること。

上記事項に同意し、特殊小型船舶操縦士実技試験を受験します。

令和_____年_____月_____日

小 型 船 舶 操 縦 士 試 験 機 関
(一財)日本海洋レジャー安全・振興協会 殿

試験開始期日 令和_____年_____月_____日

試 験 地 _____

受 験 番 号 _____

氏 名 _____ 印

(20才未満の方は保護者の署名・捺印をお願いします。)

保 護 者 氏 名 _____ 印