

登録小型船舶教習所受講申込書

私は、貴会が設置する小型船舶及び小型船舶操縦者法（昭和26年法律第149号）第23条の10第1項の規定による下記の登録小型船舶教習所受講したいので次の通り受講を申し込みます。

なお、講習を受講するに際し、次の事項に同意します。

- ① 受講料の返還は、当該教習所が開講される前に受講を取りやめた場合を除いて、要求いたしません。
- ② 学科及び実技の修了試験の合格基準に達しなかった場合は、補習を受講後に再試験を受けます。
また、その際の補習及び再試験にかかる費用は、遅滞なく納付します。
- ③ この申込書に記載された「個人情報」については、個人情報の保護に関する法律により、下記の利用目的に限り使用するものとします。
 - I. 貴協会が実施する講習等の案内
 - II. 貴協会が作成した資料等の提供

一般財団法人 関門海技協会 代表理事 殿

年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (年齢 歳)
氏 名					
現 住 所	〒			本 籍	都道府県
連 絡 先	TEL (自宅)	TEL (携帯)		メール	
教室の名称	※ 教室 () 回		勤務先等		
受講コース	(希望するコースを○で囲む) 一級 ・ 二級 ・ 一級進級 ・ 特殊 ・ その他				
講 習 日	自 年 月 日		～ 至	年 月 日	
受有する海技免状等の種類、免許年月日及び番号	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

※本日の講習をどのような方法でお知りになりましたか？ アンケートにご協力ください。

(該当するところに○で囲んでください。)

- ①新聞広告 ②折込チラシ ③ポスター等 ④協会ホームページから
- ⑤スマホから ⑥漁協等からの紹介 ⑦取次先からの紹介 ⑧友人の紹介
- ⑨その他 ()

備考欄

身体検査を受ける前に必ず医師（歯科医を除く）に見せて下さい。

第23号様式（第80条、第85条、第99条関係）（日本産業規格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 (ふりがなを付けること)	性	別
かんもん 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操縦免許証に係る資格又は、受けようとする試験の種類	
H10年11月12日	一般 二級・特殊小型船舶操縦士	
現住所	電話番号	
	083 - 266 - 4029	

(写真)

次のような写真をはり付けること。

- 縦 45mm～30mm
横 35mm～24mm
- 申請日前6ヵ月以内撮影
- 無帽、正面上半身

(住民票記載の住所)

(医師又は検査員記入)

視力：両眼とも 0.5 以上必要

片眼視力が 0.5 未満の場合は、良い方の目の視野 150 度以上必要

視力 (矯正で可)	左	0.4	右	0.5
視野	左		右	150度

(矯正をしても一眼角より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

海技士（航海）又は小型船舶操縦士免許受有者は記入不要です。正常以外の場合は、その他に○のみ記入して下さい。

3. 聴力

補聴器使用可 5 m の話 声 語 の 弁 別

可	不可
可	不可

上欄の5mの話声語の弁別について「不可」の者には「汽笛の音の弁別（医師が検査を行う場合は記入不要）」

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
無	心肺機能及び精神疾患に係る疾病の場合は、専門医による診断書が必要です。	有

5. 身体機能の障害

(1) 身体機能の障害の有無

有	無
有	無

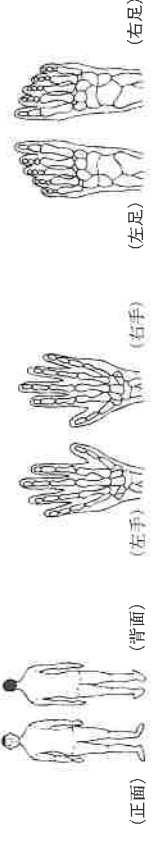
障害が有(無)の場合は、その内容及び程度を詳しく記入し、右欄の(2)、(3)及び(4)についても正確に記入して下さい。

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
--------------------------	---	----	---	----

※医師の検査を受けられる前に、心肺機能及び精神疾患に係る疾病が有り、治療等を受けられている方は、事前にお問い合わせ下さい。

(一財) 関門海技協会
☎083-266-4029

(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ZZZZにより図示すること。



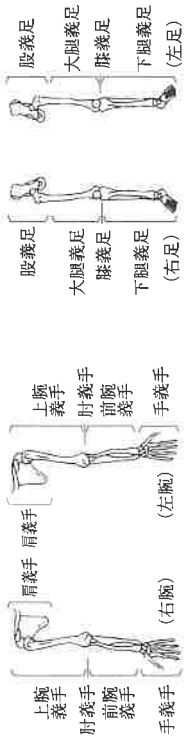
(3) 運動機能 (身体機能の障害がある者の場合のみ記入)

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	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	腕	肘	関節	肩	関節
左	右	左	右	左	右
膝	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ZZZZ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。

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

年 月 日

検査日

記入
電話番号も必ず記入して下さい。

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～30mm
横 35mm～24mm
- 申請日前6ヵ月以内撮影
- 無帽、正面上半身

(医師又は検査員記入)

1. 視力			
視力 (矯正で可)	左	右	
視野 (矯正しても一眼が0.5未満のものの場合のみ記入)	左	右	

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5mの話声語の弁別について「不可」の者には歯の音の弁別 (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		有
無		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 [斜線] 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)

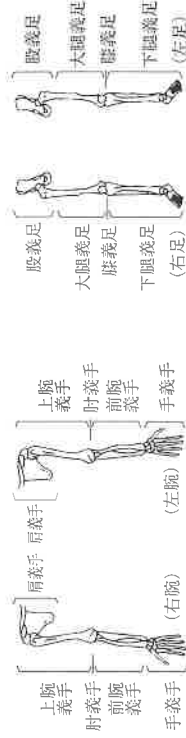
①関節の屈伸			
手指の屈伸	できる	できない	
手の屈伸	できる	できない	
膝の屈伸	できる	できない	
歩 行	できる	できない	

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 [斜線] 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、所在地及び連絡先