

更新講習申込書 (小型船舶操縦士用)

財団法人 日本船舶職員養成協会 殿

下記のとおり更新講習の受講等を申し込みます。

枠内に操縦免許証
(写真のある面)
の コ ピ ー を貼付
又は直接コピー
して下さい。

変更事項があれば
記入して下さい。

本籍 _____ 県から
_____ 県へ

氏名
旧姓 _____
フリガナ _____
新姓 _____

注意：郵便番号の
記入を忘れな
いで下さい。



住民票に記載 〒 - _____

されている _____

現住所 _____

受講年月日及び講習会場

年 月 日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

講習会場 : _____

申請手続(講習終了後、運輸局へ更新の手続きをしなければなりません、運輸局への申請手続きについて、下記のいずれかに 印を付けて下さい。 **印のない場合は海事代理士に依頼するものとして処理致します。**)

- イ. 海事代理士に依頼する。
- ロ. 自分で運輸局に出向いて行く。
- ハ. 自分で郵送により申請する。
(ハに _____ をつけた方には当日必要書類をお渡し致します。)

身体検査(下記のどちらかに 印を付けて下さい。)

- イ. 申し込む
- ロ. 申し込まない

(身体検査を申し込まない方は、既に受けた身体検査証明書(船舶職員及び小型船舶操縦者法施行規則第7号様式又は第23号様式)を提出して下さい。)

ふりがな
氏名 _____

- (注1) 当協会は、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) 当協会は、注1の個人情報等に基づき、直接申込者に当協会の実施する更新・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、氏名欄について、氏名を記載し押印することに代えて、署名することができます。

小型船舶操縦士身体検査証明書記入要領 (例)

この記入要領は必ず医師に見せて下さい。

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
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	性 男 女
出生年月日	現住所
年月日	小型船舶操縦士
〒	

(写真) 次のような写真をはり付けること。
 1. 縦4.5cm 横3.5cm
 2. 申請日前6月以内撮影
 3. 無帽、正面上半身

※写真の裏面には、医師又は検査員が捺印とする。

医師の割印 電話番号も記入して下さい。左右数字を記入

視力	視力	左	右
(矯正して可)	野	左	右
(矯正しても一眼が0.6未満のものの場合のみ記入)			

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」の項にあっては、汽笛の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)

4. 疾病

疾病の有無

無

有

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

5. 身体機能の障害

(1)身体機能の障害の有無

無

有

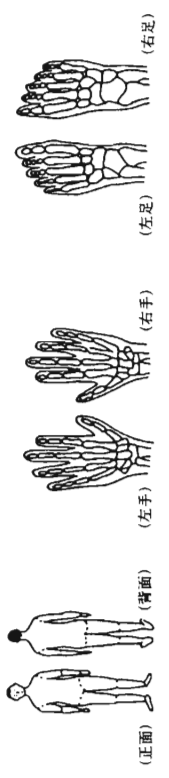
障害の内容及び程度

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

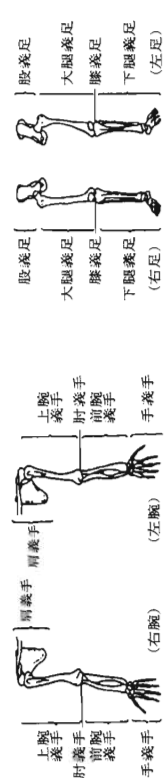
医師へお願い

- 視力については一眼の裸眼又は矯正視力が0.6未満のときは、0.6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。
- 聴力検査では補聴器の使用は可となっております。
- 5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。
- 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。



①運動機能(身体機能の障害がある者の場合のみ記入)	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。

平成 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

忘れずに必ず記入して下さい。(電話番号も記入して下さい。)

小型船舶操縦士身体検査証明書

(申請者記入)

氏名(ふりがなをつけること。)	性別
出生年月日	男 女
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	
電話 () -	

(写真)
次のような写真をはり付けること。
1. 縦4.5cm
横3.5cm
2. 申請日前6月以内撮影
3. 無帽、正面上半身

※ 割印

(医師又は検査員記入)

1. 視力	視力	左	右
(矯正しても一眼が0.6未満のものの場合のみ記入)	視野	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 其他

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

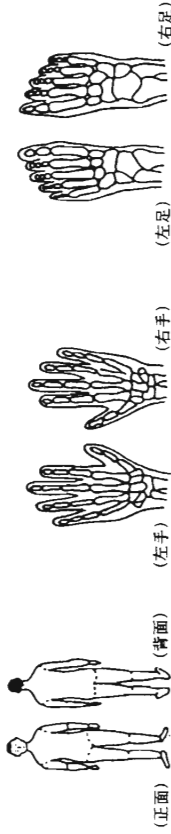
疾病の有無	病名及び程度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有		有 無

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	
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)

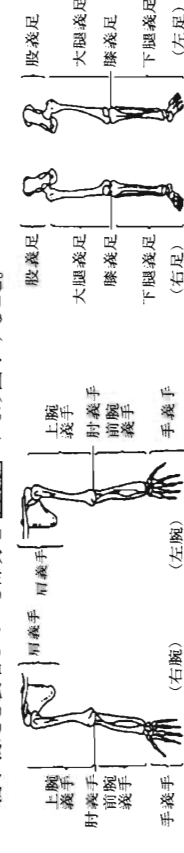
① 関節の屈伸	手指の屈伸	できる	できない
	手の屈伸	できる	できない
	膝の屈伸	できる	できない
	歩行	できる	できない

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表第9の検査項目について 平成 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