

岡山マリン免許教室 講習申込書

2級

下記のとおり小型船舶操縦士免許教室の受講を申し込みます。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日	才
本籍 (都道府県名のみ)		職業		
現住所	〒 _____ 都道府県 市区郡			
	TEL() - ()	携帯電話() - ()		
勤務先	会社名 所属部署名			
	TEL() - ()			
所有免許	・無 ・特殊小型 (免許番号: _____ 号)			

講習日程	_____ 月コース	実技講習 ※3日間のうち御希望日を1日お選びください _____ 月 _____ 日 ()
------	------------	---

この度は、当社免許教室にお申込みいただき有難うございます。

お手順をお掛けして恐縮ですが、下記アンケートに御協力をよろしくお願い致します。

(1)このスクールを何でお知りになりましたか？

- ①インターネット
②雑誌()
③店頭
④友人・知人の紹介
⑤その他()

(2)免許を取得する目的は？

- ①ボートをすでに所有している為
②ボート購入を考えている為
③レンタルボートを考えている為
④その他()

<個人情報に関して>

今後、当社よりマリンに関する最新情報の御案内をさせていただいてよろしいでしょうか。

はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

上記にご記入いただいた内容はレンタルボート事業運営のご参考とさせていただきます。

尚、本アンケートの内容は厳重に管理し、当社以外で使用することは一切ございません。

今後も免許のみならず、ボートに関して少しでも気になることがございましたら、お気軽にお申し付けください。

委 任 状

私は、海事代理士 武田 真輝 を代理人と定め下記の件を委任します。

記

小型船舶操縦士試験についての申請並びに受験票及び合格証明書類の受領についての一切の件。

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 殿

令和 年 月 日

フリガナ

氏 名

委任状

私は、海事代理士 武田 真輝 を代理人と定め下記の件を委任します。

記

海技免状（操縦士免許証）の申請及び受領についての一切の件。

国土交通大臣 殿

令和 年 月 日

〒

住所

電話 ()

フリガナ

氏名

捨印

印

★この用紙は、必ず身体検査証明書と一緒に医師に見せて下さい。

医師へのお願い

- (1) 当身体検査証明書の作成については、特に指定医はなく、どちらの医院（歯科医を除く）でも良いことになっています。
- (2) 各項目をもれなく正確にご記入ください。尚、訂正する場合は二本線を引き、必ず訂正印を押してください。（修正液での訂正は不可）
- (3) この証明書は受講生の現時点での検査結果をご記入ください。完治されている病歴等の御記入は必要ありません。

身体検査合格基準

※1.視力…視力（矯正視力を含む）が両眼とも0.5以上
 一眼が矯正しても0.5未満の方は、他眼（視力0.5以上の眼）の視野が150°以上あること。

※2.色覚…夜間において船舶の灯火の色を識別できること。
 [その他]に○がついた方は、受講者ご本人で事前にご相談ください。

※3.聴力…5m以上の距離で和声語を弁識できること。

※4.疾病…業務への支障がないこと。
 脳・精神機能の障害、心肺機能に関する疾病がある場合は専門医の診断書が必要となる場合があります。

小型船舶操縦士身体検査証明書

申請者が記入

(申請者記入)

氏名 (ふりがなをつけること。)		性別
		男 女
出生年月日	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	小型船舶操縦士	
現 住 所		
-		

消せるボールペンの使用は不可

(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月以内撮影
 3 無帽、正面上半身

(医師又は検査員記入) 下記※1参照

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	其 他
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

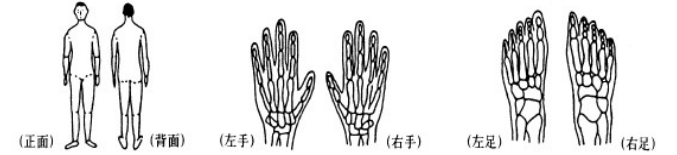
身体機能の障害の有無	障害の内容及び程度
有 無	

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

該当するものに○印を付けてください。

(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

忘れずに必ず記入してください。
 電話番号も必ず記入してください。

年 月 日

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別	
年 月 日	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。
 1 縦 45mm
 横 35mm
 2 申請日前6月以内撮影
 3 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)


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
 所在地及び連絡先