

第1種

登録小型船舶教習所  
入学申込書

私は、貴ビーエルエス東北が設置する船舶職員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の教習を受けたいので次のとおり受講を申し込みます。

ビーエルエス東北 代表 殿

年 月 日

ふりがな			男 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 才)		
氏名	印						
現住所	〒		自宅TEL	-			
			携 帯	-			
			メー ル				
本籍 または 国籍	都道府県名		勤務先				
	外国籍の方は国名		勤務先TEL	-			
免許の種類	ご希望のクラスに○をつけてください。 一級 ・ 一級進級 ・ 二級 ・ 湖川 ・ 特殊						
教習期間	学科教習の1日目をご記入ください。 年 月 日		実技教習の希望日がありましたら日程表よりお選びください。 特殊は午前・午後の選択が可能です。 月 日 (午前・午後) / 開催地 特殊のみ				
	開催地 市・町		※ 定員に達した場合や総受講者数、また天候によってはご希望に添えないことがあります。ご予約いただいた方には、日程調整のためご連絡させていただくことがあります。				
受有する資格と 免許登録日及び番号	大型	航海 ・ 機関	年 月 日				
	小型	一級 ・ 二級 ・ 二級1M限定 湖川 ・ 特殊 ・ 特定	年 月 日				
お支払	お振込日(又は予定日) 月 日 ※お支払い期限:教習開始日の一週間前		お支払い方法を ご選択下さい	<input type="checkbox"/> 秋田銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 北都銀行振込 <input type="checkbox"/> 当教習所窓口にてお支払い			

※ここから下の欄は申込者が記入しないこと。

教習所の種類	第一種教習所		課程の名称		
住民票の写し	身体検査証明書	写 真	教習料等	海技免状・免許証等の写し	認 印
照合欄	入学申込書 住民票等		入学申込書 身体検査証明書	入学申込書 受 講 票	

(注-1) 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る。

(注-2) この書類は、登録小型船舶教習所の受講にあたり使用するもので、この目的以外には一切使用しません。

小型船舶操縦士身体検査証明書

（申請者記入）

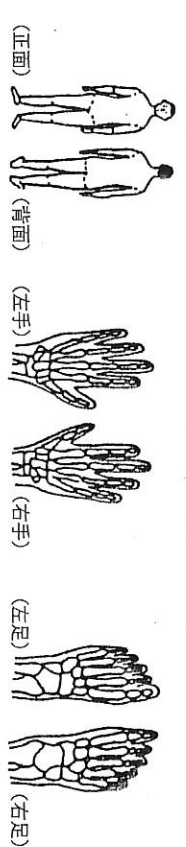
氏名（ふりがなをつけること。）	性別
出生年月日	男 女
更新をし、又は再交付を受けようとする操縦免許証に係る資格又は受けようとする試験の種類	小型船舶操縦士
年月日	住所
〒□□□□-□□□□	番（ ）

（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

※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。



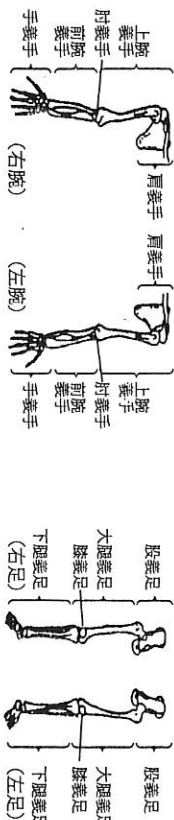
(3) 運動機能（身体機能の障害がある者の場合のみ記入）

①関節の屈伸					
手指の屈伸	できる	できない	できない	できない	できない
手の屈伸	できる	できる	できない	できない	できない
膝の屈伸	できる	できる	できない	できない	できない
歩行	できる	できない	できない	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ができなかった者の場合のみ記入）

手関節	肘関節	肘関節	肩関節	肩関節
左	右	左	右	左
左	右	左	右	左
左	右	左	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  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）

--

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

船舶職員及び小型船舶操縦者法施行規則第8の検査項目について 令和 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  
TEL ( )

印

# 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24号様式(第80条、第85条、第99条関係)(日本1業地専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(ふりがなを添付すること)	性別	年齢
出生年月日	男	女
年 月 日	現 住 所	医師とし、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そのほかとする試験の種類
年 月 日		

申請者の記入欄

(写真)  
 次のような写真をはり付けること。  
 1. 縦45cm×横35cm  
 2. 申請日前6月以内撮影  
 3. 無帽、正面上半身

医師の割印

電話番号も記入

左右数字を記入

医師の割印

1. 視力

視力	左	右
(矯正で可)	野	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. 色覚

(更新又は未知時交付の場合は記入不要)

正常

その他

該当検査結果を○で囲む  
 該補聴器使用可

3. 聴力

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場合には、6メートルの音の弁別 (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
---	----	---	----

下記(2)(3)(4)は(1)身体機能の障害の有無で検査結果が「有」と記入された場合に所要項目に記入

(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 により図が示すること。



(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
腰の屈伸	できる	できない
肩	行	できない

②障害のある関節 (関節の屈伸のいずれができなかった者の場合のみ記入)

手	腕	肘	肩	肩	腕	肘	腕
左	右	左	右	左	右	左	右
股	膝	膝	足	足	膝	足	足
左	右	左	右	左	右	左	右



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機能について指摘すべきことがあれば記入)

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

必ず記入して下さい  
 (注) 写真割印と同様の印を押印

医師へお願い

- 握力等所要の項目について、もれなくご記入願います。
- 握力については裸眼又は矯正視力が0.5未満のときは、0.5が見える際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°以上となっております。
- 聴力検査では補聴器の使用は可となっております。
- 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下下さい、但し氏名印については、署名に代えることができます。

# 委任状

私は、ビーエルエス東北 高桑幸蔵を代理人と定め下記の件を委任します。

記

令和 年 月 日 宮城県塩竈市 における

小型船舶操縦士についての申請並びに受験票及び合格証明書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 殿

受験番号	氏名	印

# 委任状

私は、操縦免許の申請並びに受領に関する一切の件について、  
海事代理士 高桑幸蔵 に委任します。

令和 年 月 日

国土交通大臣 殿

受験番号	氏名	印