

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	更新もし、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、受けようとする就職の種類		
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。

1.縦45mm

横35mm

2.申請日前6ヶ月以内撮影

3.無帽、正面上半身

(医師又は検査員記入)

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

2.色覚

(更新又は失効再交付に係る者の場合は記入不要)

正	常	その他
---	---	-----

3.聴力

5mの聴声語の弁別	可	不可
上欄の5mの聴声語の弁別について「不可」の者にお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

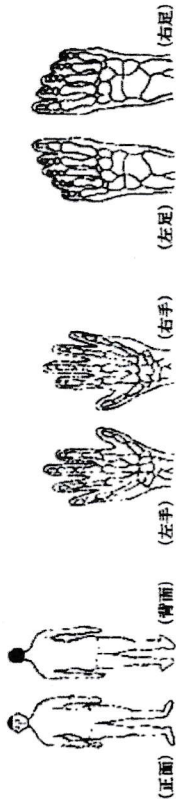
疾病の有無	病名及び程度(疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有		有
無		無

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(両手の掌間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。



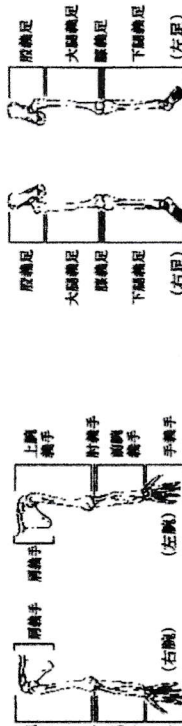
(3)運動機能(身体機能障害がある者のみ記入)

①関節の屈伸			
手の屈伸	できる	できない	
手の屈伸	できる	できない	
手の屈伸	できる	できない	
手の屈伸	できる	できない	

(4)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	肩	腕	肘	肩	腕
左	右	左	右	左	右	左	右
左	右	左	右	左	右	左	右

(4)両手足(両足又は両足を装着している者の場合のみ記入)
両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士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