

【受講に必要な身体検査証明書】

| 受有資格  | 受講<br>講習                         | 身体検査証明書<br>(様式)                | 更新をし、又は再交付を受けようとする海技免状・操縦免許証資格又は受けようとする試験の種別欄                     |
|---|----------------------------------|--------------------------------|---|
| 一級～六級海技士 (航海)<br>一級～四級海技士 (通信<br>・電子通信)<br>一級～六級海技士 (機関)            | 更新<br>講習<br>・<br>失効<br>再交付<br>講習 | 第7号様式×1枚                       | 一級～六級海技士 (航海)<br>一級～四級海技士 (通信<br>・電子通信)<br>一級～六級海技士 (機関)          |
| 一級～六級海技士 (航海)<br>*一級～四級海技士 (通信<br>・電子通信)<br>*一級～六級海技士 (機関)<br><br>+ | 更新<br>講習                         | 第7号様式×1枚<br>(*両眼共に視力<br>0.5以上) | 一級～六級海技士 (航海)<br>一級～四級海技士 (通信<br>・電子通信)<br>一級～六級海技士 (機関)<br><br>+ |

\*海技免状と小型船舶操縦免許証の更新講習を同日に受講する方は、両眼共に視力0.5以上の海技士身体検査証明書（第7号様式）が必要です。

## 海技士身体検査証明書

(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海技免状に係る資格<br>又は受けようとする試験の種別 |
| 年月日             |   |
| 現住所             |   |
| □ ( )           |   |

(指定医師記入)

## 1. 視力

|                |      |      |       |
|----------------|------|------|-------|
| 裸眼視力<br>(矯正視力) | 左( ) | 右( ) | 両眼( ) |
|----------------|------|------|-------|

## 2. 色覚

|    |                       |        |
|----|-----------------------|--------|
| 正常 | パネルD-15 (Pass · Fail) | その他( ) |
|----|-----------------------|--------|

## 3. 聴力

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| 5mの話声語の弁別 | 可 | 不可 |
|-----------|---|----|

## 4. 疾病

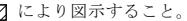
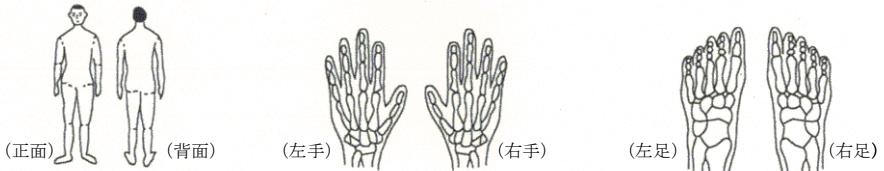
|       |                       |        |
|-------|-----------------------|--------|
| 疾病の有無 | 病名及び程度(疾病のある者の場合のみ記入) | 勤務への支障 |
| 有 無   |                       | 有 無    |

## 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(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(身体機能に障害の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 |

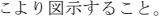
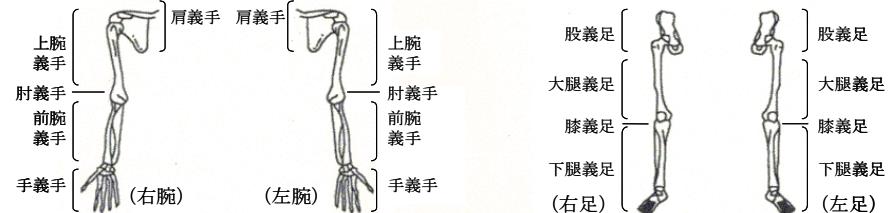
## ②障害のある関節(関節の屈伸のいずれかができなかった者の場合のみ記入)

| 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 |

## ③運動機能障害の程度(膝関節の屈伸ができなかった者の場合のみ記入)

|       |     |      |
|-------|-----|------|
| 一般歩行  | できる | できない |
| 低重心歩行 | できる | できない |
| 跳躍    | できる | できない |

## (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. 指定医師所見(受検者の船舶職員としての勤務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3の検査項目について<br>た結果、上記のとおりであることを証明します。 | 年 月 日 検査を行つ |
|---|-------------|

指定医師の氏名  
医療機関の名称、所在地及び連絡先