

有効期限は発行から3ヶ月

■ 青い字の記入欄: 更新する方の記入欄

■ 赤い字の記入例: 医師の方の記入欄

小型船舶操縦士
身体検査証明書
記入方法

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
せんぱく たろう 船舶太郎		男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
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	
1980年1月1日	<input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 一級・特殊 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 二級・特殊 小型船舶操縦士 <input type="checkbox"/> 特殊	
現住所		
〒100-0000 東京都千代田区〇〇〇〇-〇〇 ☎ 090 (0000) 0000		

(写真)
次のような写真をはり付けること。
1. 縦45mm～30mm
横35mm～24mm
2. 申請日前6月以内撮影
3. 無帽、正面上半身

↑ 写真をお貼りください。

(医師又は検査員記入)

1. 視力

視力 (矯正で可)	左	0.5以上	右	0.5以上
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の場合は記入不要)

正常	その他
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↑ 片目が0.5未満の場合、0.5以上あった眼で視野外角検査をしていただき視野角を記入してください。視野が左右150°以上で合格です。

3. 聴力


5mの話し声の弁別	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
上欄の5mの話し声の弁別について「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)	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可

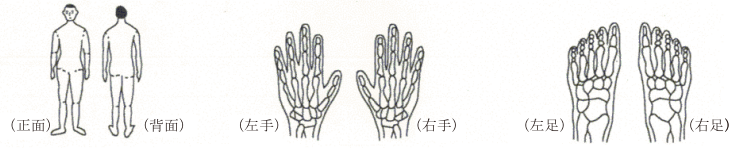
4. 疾病

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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>		
握力 (両手の手指に障害のある者の場合のみ記入)	左	右
	kg	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)

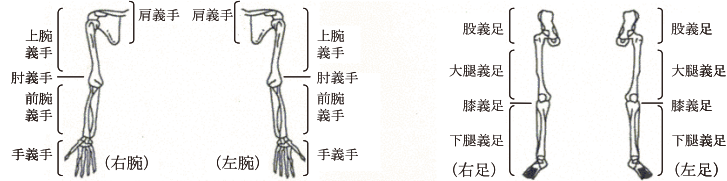
① 関節の屈伸

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
歩	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
及び所在地

↑ 身体検査の内容について連絡させていただくことがあるので電話番号もご記入ください。

更新される申請者の方へ

この身体検査証明書は、小型船舶操縦士免許の更新要件となります。医師の方にこの身体検査証明書の記入方法を必ずお見せください。

記載例の青い字の部分は申請者が記入する欄になりますので、身体検査をうけていただく前にあらかじめ記入いただくようお願いします。

● 注意点 ●

- * ボールペンで記入してください。
- * 消えるボールペンの使用は不可です。
- * 電話番号は携帯電話・ご自宅どちらでも可です。
- * 証明写真の記載の規定切断線に加え無背景のもの。
- * 身体検査証明書の有効期限は発行日から3ヶ月となります。

検査される医師の方へ

この身体検査証明書は、小型船舶操縦士免許の更新要件となります。下記の合格基準をご確認いただき、身体検査を実施いただきますようお願いいたします。

身体検査合格基準

1. 視力検査
両目とも0.5以上 (矯正視力を含む)
但し、視力の0.5未満

2. 色覚
更新・失効再交付の場合は記入不要です。

3. 聴力
5mの話し声の弁別 (補聴器の使用可)

4. 疾病
小型船舶操縦者としての業務に支障がないこと

5. 身体機能
障害が無いこと

● 注意点 ●

- * 検査の内容について不明点があった場合、当センターまでご連絡ください。
- * 「6. 医師または検査員初見」欄は、通常はblankで問題ありません。
- * ボールペンで記入してください。
- * 消えるボールペンの使用は不可です。
- * 4疾病、5身体機能の有無が「無」ではない場合、追加の書類や手続が必要になる場合があるので当センターまでご連絡をお願いします。

国土交通省登録講習実施機関
船舶免許更新センター
〒371-0007 群馬県前橋市上泉町402-3
TEL 027-261-2717 URL www.boat-licence-renewal-center.com
FAX 027-212-2808 E-Mail customer@boat-licence-renewal-center.com

