

第7号様式(第9条の5、第9条の8、第37条、第80、第85条関係)(日本工業規格A列4番)  
**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
出生年月日	男 女
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又は受けようとする試験の種類別
現住所	
〒	

(写真)  
 次のような写真を貼り付けること。  
 1. 縦30mm  
 横30mm  
 2. 申請日前6月以内撮影

※写真の種類は、指定医職の種類とする。

(指定医師記入)

1. 視力

裸眼(種)	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の話し声の弁別 可 不可

4. 疾病

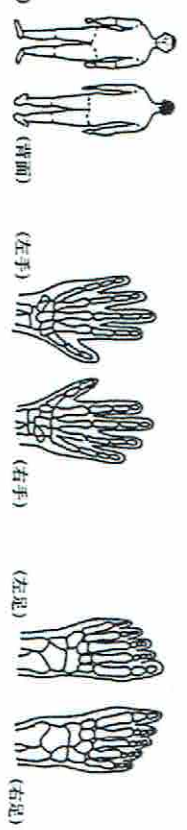
疾病の有無	病名及び程度(疾病のある者の場合のみ記入)	勤務への支障
有 無		有 無

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)  
 切筋部位は——、障害部位は  により図示すること。



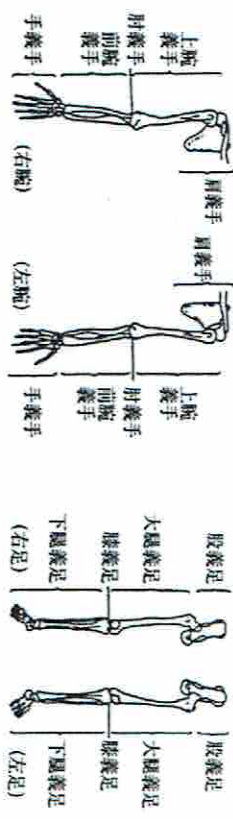
(3) 運動機能(身体機能に障害のある者の場合のみ記入)

①関節の屈伸	手指の屈伸	手の屈伸	膝の屈伸
	できる	できる	できる
	できない	できない	できない

③運動機能障害の程度(膝関節の屈伸ができた者の場合のみ記入)

一般歩行	低重心歩行	跳
できる	できる	できる
できない	できない	できない

(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. 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 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。

指定医師の氏名  
 医療機関の名称及び所在地

印