


海技大学校
予備身体検査証明書

(入学希望者記入)

氏名 (ふりがなをつけること)	生 年 月 日	志 望 コース
	年 月 日	
本 籍 地 (都道府県名のみ)		
現 住 所		

写 真
3.0cm×2.4cm
(上半身正面脱帽)

(指定医師割印)

(指定医師記入)

視 力	裸眼視力 (矯正視力)	航海科		機関科
		左 ()	右 ()	両眼 ()
色 覚	正常	パネルD-15 (Pass・Fail)	その他 ()	
聴 力	5メートルの 話声語の弁別		可	不可
疾病及び身体機能の障害の有無 (心臓疾患、視覚機能の障害、精神 の機能の障害、言語機能の障害、 運動機能の障害その他の疾病又は 身体機能の障害)	有 無	病名及び程度、障害の内容及び程度		勤務への支障
				有 無
※手指に傷害のある者のみ 記入 : 握力	(左)	k g		(右) k g

上記の検査項目について平成 年 月 日検査を行った結果、記載のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

指定医師の氏名 印

指定医療機関の

名称及び所在地

(注) 1. 予備身体検査は、次の要領により行うこと。

- 視力 (矯正視力を含む) は、5 m の距離で万国視力表を用いることにより行うこと。
 - 色覚は、石原色覚検査表 38表 を用いて行うこと。検査結果が「その他」となった場合、航海科はパネルD-15、機関科はパネルD-15及び特定船員色識別適性確認表による検査が必要です。
 - 聴力は、5メートル以上の距離で話声語を弁別できること。
 - 疾病及び身体機能の障害があると認めるときは、その病名、障害の内容及び程度並びに勤務への支障の有無を記入すること。勤務への支障の有無は、船舶職員の勤務は一般に動揺する船内において立ったままの状態が継続することや、急な階段の昇降など動き回ることが多いことを考慮し、更に本人からも通常の勤務の態様を詳しく聴取の上判断すること。
 - 写真の割印は、指定医師が押印すること。
 - 指定医師は、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。
2. 本証明書の有効期間は6カ月とする。

(海技大学校記入欄)

受 験 番 号

受 付 印

確 認 印