



日付：令和 年 月 日

書類送付案内状

一般（国家試験）コース

様

発信元：シークルーズマリーナ
所在地：熊本県上天草市大矢野町中 4431-4
電話番号：TEL 0964-59-0686
FAX 0964-59-0696
送付枚数（送付状を含む）： 枚

この度はシークルーズボート免許教室へお問合わせを頂きまして誠に有難うございます。

早速ですが、ボート免許取得に必要な資料を送付いたしました。

★申込み方法★

① 日程表からご希望の国家試験日・学科講習日をお電話にて申込みください。
（実技講習日は後日決定します）※学科独学コースは学科講習がございません。（教材は用意しております。）

② 必要書類をお取り揃えの上、シークルーズマリーナへ締切り日必着で送付ください。

- 必要書類は受講申込書の下部を参照ください。 • 締切り日は試験日の2週間前です。
- 証明写真はパスポートサイズ（4.5×3.5）かつ背景が無地のものをご用意ください。
また、各々の写真裏に氏名を記入ください。
- 身体検査証明書は試験当日に会場で受検するか、お近くの病院で受検する方法がございます。
試験当日に希望の方は、身体検査受検料（¥1,800）を追加して振込み下さい。

③ ご入金を確認次第、学科の教材を発送いたします。

★シークルーズボート免許教室のメリット★

- 県内各地で学科講習を開講しています。（3名様より出張講習も承ります）
- 高い合格率（優良教習所認定校）で低価格です。学科独学コースでは¥79,000から取得可能
- 天草の島々に囲まれた、一年中穏やかな海で実技講習・試験を行うので安心です。
- 特定の週末を利用しての取得もできます（金・土・日の3日間）※学科独学コースは土・日の2日間

資料をご覧になり不明な点などがありましたら気軽にお問合せ下さい。

株式会社シークルーズ

SEA CRUISE

～小型船舶免許関係料金一覧～

★一級★

- ・一般コース：当マリナーでは行っておりません。
- ・養成コース（4日間）：¥148,600 特殊所有者 ¥4,000引

★進級(二級→一級)★

- ・一般コース：当マリナーでは行っておりません。
- ・養成コース（2日間）：¥47,900
- ・進級+特殊（2日間）：¥104,700

★二級★

- ・一般コース（3日間）：¥89,000（身体検査を当日受検 別途 ¥1,800）
- ・一般学科独学コース（2日間）：¥79,000（身体検査を当日受検 別途 ¥1,800）
- ※学科再試験：¥9,850 ※実技再試験：¥26,200
- ・養成コース（2日間）：¥124,800 養成のみ特殊所有者 ¥4,000引

★特殊(水上バイク)★

- ・養成コース（2日間）：¥74,700
- ※一・二級所有者は ¥74,700 → ¥62,700 で受講できます（この場合 所要日数 1日間）

★一級+特殊(水上バイク)セットコース★

- ・一級（一般コース）+特殊（養成コース）：当マリナーでは行っておりません。
- ・一級（養成コース）+特殊（養成コース）：¥193,300（4日間）

★二級+特殊(水上バイク)セットコース★

- ・二級（一般コース 3日間）+特殊（養成コース 1日間）：¥141,700
- ※二級の免許証が出来上がり次第（国家試験日の約2週間後）、特殊の受講ができるようになります
- ・二級（養成コース 2日間）+特殊（養成コース 1日間）：¥174,500

★更新講習★・・・船舶免許証記載の有効期限の1年前から受講できます！

- ・ ¥9,700
- ※約1時間の講習です

★失効再交付講習★・・・有効期限が過ぎている方はこの講習で復活します！

- ・ ¥16,300
- ※約2時間30分の講習です

★紛失再交付★・・・船舶免許証を紛失された方へ免許証の再交付を行います。

- ・ ¥7,500 ※免許証を取りに来ていただける場合は ¥7,000 で OK

ご興味がある方、ご希望の方はお問い合わせ下さい。
シークルーズマリナー
熊本県上天草市大矢野町中4431-4（2号橋際）
TEL0964-59-0686 FAX0964-59-0696



シークルーズボート免許教室

受講申込書

ふりがな		本籍地	生年月日	性別
氏名		都道府県	昭平 年月日(才)	男・女
現住所	(〒 -)			
	携帯 TEL ()	TEL ()	メール	@
受講コース	<input type="checkbox"/> 二級 (一般) <input type="checkbox"/> 二級 (短期) <input type="checkbox"/> 特殊セットコース			
教室名	<input type="checkbox"/> 合宿 <input type="checkbox"/> 熊本 <input type="checkbox"/> 上天草 <input type="checkbox"/> 本渡 <input type="checkbox"/> 八代 <input type="checkbox"/> 長洲 <input type="checkbox"/> 出張講習 <input type="checkbox"/> その他			
勤務先名 (領収証宛名)	TEL(- -)			
紹介者名				
受講・受験 希望日	☆該当するところだけご記入下さい。(※短期コースの方はご相談下さい。) 学科講習日： 月 日 国家試験日： 月 日 <small>2級実技講習日は学科講習時に決定します。</small>			
受有する 海技免状等	一級・二級・特殊			
	小型船舶操縦士	年	月	日 第 号
	級海技士 (航海)	年	月	日 第 号
	級海技士 (機関)	年	月	日 第 号

必要書類チェックリスト

国家試験の日程をチェック

- 本籍地入り住民票 ※個人番号は省略
- 写真 (パスポートサイズ) ※裏に氏名記入 3枚 (セットコースは6枚)
- 身体検査証明書 ※試験当日受検者は不要
- 委任状 (セットコースは2枚)



シークルーズボート免許教室

〒869-3603 熊本県上天草市大矢野町中 4431-4

TEL 0964-59-0686 FAX 0964-59-0696 E-Mail licence@seacruise.jp

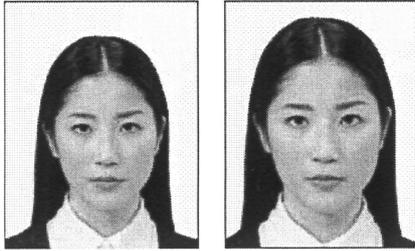
定休日：毎週火曜・水曜日 (7月海の日～8月は毎週水曜日のみ)



試験申請書の写真についてのお願い

試験申請書に添付する写真は、本人確認を行う際に受験者ご自身を証明するための重要なものです。次に示す「適当な写真例」及び「不適当な写真例」（外務省旅券課資料抜粋）を参考に、規格にあった写真を提出してください。

●適当な写真の例



- ① 申請者本人のみを撮影したもの
- ② 6カ月以内に撮影したもの
- ③ 正面、無帽、無背景
- ④ 縦45ミリメートル×横35ミリメートル（ふちなし）
- ⑤ カラーでも白黒でも可
- ⑥ 鮮明であること（焦点が合っていること）
- ⑦ デジタル写真の場合、写真専用紙等を使用し、画質が適切であること

●次のような写真は受付できないことがあります。（写真例参照）

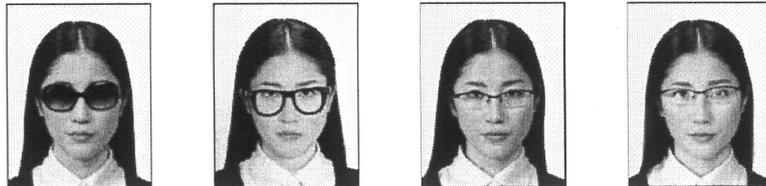
- ① 顔が傾いている、中心に写っていない、平常の顔貌と著しく異なる、など



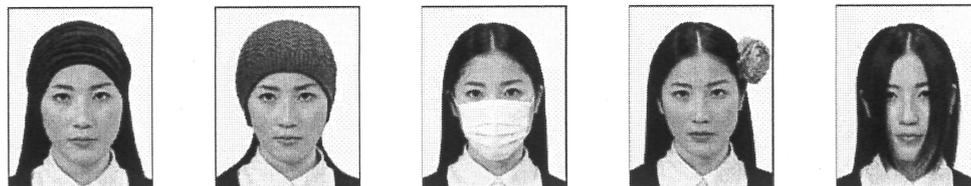
- ② 背景に濃い色や柄がある、背景に物が写り込んでいたり影がある、被写体に影がある、など



- ③ サングラス、縁の太いフレーム、フレームが目にかかっている、グラスが反射している、など



- ④ 髪や服飾品、マスク等で顔や頭部が隠れている、など



委任状

私は、瀬崎海事事務所 瀬崎公介 を代理人と定め下記の件を委任します。

記

令和 年 月 日の 熊本県上天草市 における 二級 小型船舶操縦士試験についての申請及び交付書類並びに返却書類受領
についての一切の件。 特殊

令和 年 月 日

小型船舶操縦士試験機関

一般財団法人日本海洋レジャー安全・振興協会 殿

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

捨印

見本

この見本は必ず医師の方に見せてください。

※一か所でも○が付いていないと不備となりますのでご注意ください。

身体検査の合格基準

1. 視力
 矯正視力が両眼とも0.5以上
 一眼の視力が0.5未満の場合
 下記の要件に適合であれば良い
 ①他眼の視力が0.5以上
 かつ
 ②他眼の視野角度が150°以上

2. 色覚
 全色盲または強度の色弱でないこと
 夜間にて船舶灯の色（白、赤、緑、黄）
 を識別できること
 「その他」と判定の場合はご連絡ください

3. 聴力
 次の要件を満たしていること
 ※補聴器の使用可
 ①5mの耳語の弁別ができること
 ②5mの話声語の弁別ができること

4. 疾病
 業務または操縦に支障がないこと
 下記の疾病がある場合は専門医の
 診断書が別途必要となります
 心臓疾患、脳疾患、精神疾患、眼疾患等

5. 身体機能の障害
 「有」に該当する場合は(2)~(4)の項目も
 記入すること

申請者本人が記入すること

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
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別
年 月 日	小型船舶操縦士
現住所	
〒	

診察前に申請者の
 写真を貼ること

(写真)
 次のような写真を貼り付けること。
 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

(医師又は検査員記入)

1 視力 (電話番号まで記入)

視力 (矯正で可)	左 1.0	右 0.4
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 150°	右

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 (0.5以上が見える眼の視野角度を記入)

5mの話声語の弁別	可 <input checked="" type="radio"/>	不可 <input type="radio"/>
上欄の5mの話声語の弁別について「不可」の者にあてはる汽笛の音の弁別 (医師が検査を行う場合は記入不要)	可 <input type="radio"/>	不可 <input type="radio"/>

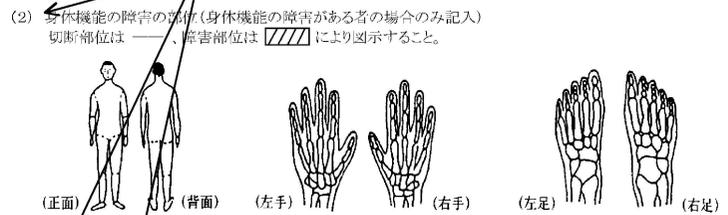
4 疾病 (該当検査結果を○で囲む)

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="radio"/>		有 <input checked="" type="radio"/>

5 身体機能の障害 (疾病が有の場合に記入)

(1)身体機能の障害の有無	障害の内容及び程度
有 <input checked="" type="radio"/>	
握力(両手の手指に障害のある者の場合のみ記入)	左 kg 右 kg

(2)、(3)、(4)は身体機能に障害がある場合のみ記入



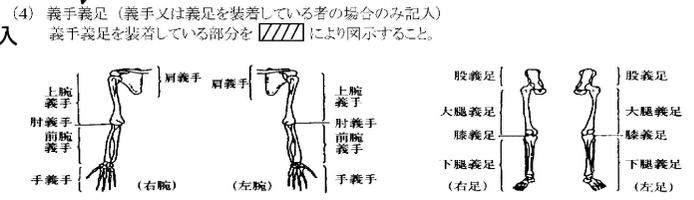
(3) 運動機能 (身体機能の障害がある者の場合のみ記入)

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
歩行	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



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。

令和〇年〇月〇日

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

医師名
 病院名
 住所
 電話番号

診察日は重要です!
 を記入してください。

診察医の先生へ ①各項目をもれなく正確にご記入ください。
 ②訂正する際は訂正印の押印をお願いします。

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別
年月日	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~30mm
 横 35mm~24mm
 2 申請日前6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 (矯正で可)	左	右
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に係る者の場合は記入不要)

正常	その他
----	-----

3 聴力

5mの話し声の弁別	可	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)	可	不可

4 疾病

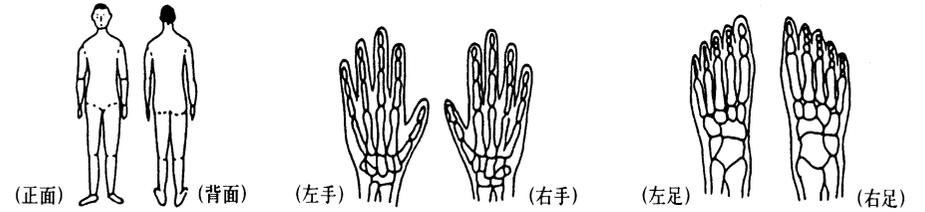
疾病の有無	病名及び程度 (疾病のある者の場合のみ記入)	業務への支障
有 無		有 無

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(両手の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 (身体機能の障害が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
歩行	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 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。

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