

海技免許講習受講申込書

- 私は、貴会が実施する下記の講習の教育を受けたいので次のとおり受講を申し込みます。
- 私は、救命講習の受講に際し船舶職員としての職務に支障をきたすような疾病及び身体機能障害が無いことを申し立てます。

※救命講習を受講される方は、別紙「健康状態申告書」をこの申込書と共に提出すること。

年 月 日

申込者氏名

一般財団法人関門海技協会 代表理事 殿

フリガナ 氏名	-----		男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日(歳)
本籍	都 道 府 県	現住所 (電話番号)	〒		自宅 () 携帯	— —
※開講通知送り先 どちらかに○をして下さい (郵送希望・FAX希望)		※上記現住所以外(会社等)に発送希望の方は必ず送付先を記入して下さい。 〒				
所属会社名又は、官公庁名 船員保険の有無		TEL		FAX		
受けようとする資格		級海技士(航海・機関・通信)		級海技士(航海・機関・通信)		
保有している資格		級海技士(航海・機関・通信)		級海技士(航海・機関・通信)		
免除になる講習 (既に修了している講習)		①レーダー観測者 ②レーダーARPAシュミレーター ③救命 ④消火 ⑤航海英語 ⑥上級航海英語 ⑦機関英語 ⑧上級機関英語				
講習種別	開設期間		講習種別	開設期間		
<input type="checkbox"/> ①レーダー観測者	月 日～ 月 日		<input type="checkbox"/> ⑤航海英語	月 日～ 月 日		
<input type="checkbox"/> ②レーダーARPA シュミレーター	月 日～ 月 日		<input type="checkbox"/> ⑥上級航海英語	月 日～ 月 日		
<input type="checkbox"/> ③救命・機関救命	月 日～ 月 日		<input type="checkbox"/> ⑦機関英語	月 日～ 月 日		
<input type="checkbox"/> ④消火	月 日		<input type="checkbox"/> ⑧上級機関英語	月 日～ 月 日		

(注)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。

この申込書に記載された『個人情報』については、個人情報の保護に関する法律により、下記の利用目的に限り使用するものとします。

- i 当協会が実施する講習等の案内
- ii 当協会が作成した資料等の提供