

更新・失効再交付講習 受講申込書

| | | | |
|-----------|---|----|--------|
| 受講希望日 | 令和 年 月 日 | | |
| 受講希望場所 | | | |
| フリガナ | | | 性別 男・女 |
| 氏名 | | | |
| 本籍（都道府県名） | TEL | 携帯 | () |
| | | 自宅 | () |
| | | 会社 | () |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 | | |
| 現住所 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 資格 | 級 小型船舶操縦士 | | |
| 級・番号 | 第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号 | | |
| 有効期間 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| 資格 | 級 海技士（航海・機関・通信・電子通信） | | |
| 級・番号 | 第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号 | | |
| 有効期間 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| 資格 | 級 海技士（航海・機関・通信・電子通信） | | |
| 級・番号 | 第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号 | | |
| 有効期間 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |

下記のとおり、更新・失効再交付講習の受講を申し込みます。

記

申込み事項等（該当する場所を○で囲んでください）

- ① 小型船舶操縦士に係る身体検査 申し込む 申し込まない

※ 1. 身体検査を申し込まない方は、既に受けた身体検査証明書を提出してください。
 ※ 2. 海技士に係る身体検査は「指定医」での受検になります。

- ② 海事代理士への手続きの依頼 する しない

- ③ この申込みに記載された「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、下記の目的に限り使用します。

- 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作成