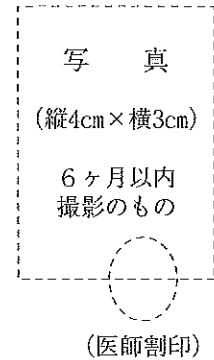


身体検査証明書

(応募者記入)

氏名	フリガナ	性別
		男・女
生年月日	昭・平 年 月 日生 (満 歳)	
現住所	〒 - - 電話番号 () -	



(医師記入)

1. 視力

裸眼視力	左	右
矯正視力 (裸眼視力が0.6未満の者のみ記入)	左	右

2. 弁色力

正 常 ・ そ の 他

3. 聴力

5mの耳語の弁別	左	可・不可	右	可・不可
5mの話声語の弁別 (5mの耳語の弁別ができない者のみ記入)	可・不可			

4. 眼疾患

眼疾患の有無	病名及び程度 (眼疾患のある者のみ記入)	乗船への支障
有・無		有・無

5. 疾病及び身体障害の有無

心臓疾患、てんかん、精神障害、言語障害、奇形、四肢の欠損、運動機能障害その他の疾病又は身体障害 (軽微なものを除く。)がないこと。	有・無	病名及び程度 (疾病のある者のみ記入)	乗船への支障
			有・無

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

医師の氏名

印

医療機関の名称

及び所在地

- (注)
1. 耳語とは、呼気の後、肺の中に残っている残りの息によって声帯を振動させずに発声した声音をいう。
 2. 話声音とは、机に向かい合い話をして相手に理解できる程度の普通の大きさの声音をいう。
 3. 眼疾患及び疾病による乗船への支障の有無は、船内作業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船内の状態を詳しく聴取の上判断すること。
 4. 写真の割印は、医師が押印すること。