

ボート免許教室

2級 国家試験 免除コース

講習：株式会社JEIS北海道教習センター

受付：小樽港マリーナ

【免許取得資格】

- 年齢 16歳以上
- 視力 両眼ともに0.5以上（矯正可）
- 色覚 夜間において船舶の灯火（赤・緑・白）の色を識別できること
- 聴力 5m以上の距離で普通の大きさの声音が弁別できること（補聴器可）
- 疾病及び身体機能の障害 軽症で業務に支障をきたさないと認められること

※上記受験資格についてご心配な方は、あらかじめマリーナへご相談ください。

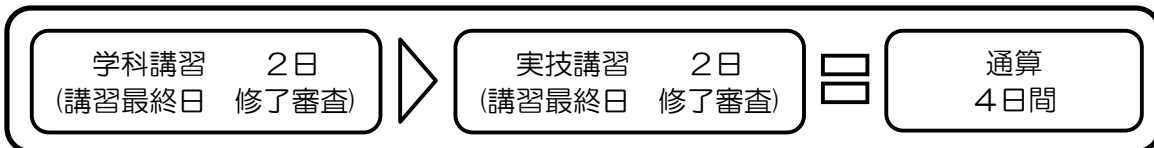
【料金】

| | |
|---------------------------|-----------------|
| ■ 受講料（学科・実技） | 124,530円 |
| ■ 教本代 | 6,820円 |
| ■ 操縦試験手数料 | 2,450円 |
| ■ 免許申請手数料（登録免許税 1,800円含む） | 6,200円 |
| 取得費用総額 | 140,000円 |

※上記料金は改定されることがありますのでご了承ください

※操縦試験手数料と登録免許税のお預かり期限は、講習開始日より6ヶ月です

【講習期間】



※学科講習と実技講習が前後する場合があります。

【必要書類】

- ① 受講申込書
- ② 証明写真（縦4.5cm×横3.5cm/パスポートサイズ）4枚（うち1枚は③に貼付）
- ③ 小型船舶操縦士身体検査証明書
↓証明写真を貼付したのち、医療機関を受診してください
- ④ 住民票（本籍地記載/マイナンバー記載不要/発行から半年以内のもの）

【申し込み方法】

- ご希望の講習日程に空きがあるかお問い合わせください
- 日程表をご確認のうえ、申し込み締切り日までに必要書類をご提出ください（郵送または来店）
- お支払いは銀行振込または店頭です
※お申し込み後のコース変更・キャンセル（返金）はお受けできません

OTARU PORT MARINA
MARINE WAVE OTARU CO.,LTD.



《 2級 国家試験免除コース 日程表 》

[定員を設けておりますので、事前に空き状況をお問い合わせください](#)

日程① 申込締切：2025/4/1(火)

| 学科講習 | | 実技講習 | |
|---------|-------------------------|---------|-------------------------|
| 4/12(土) | 8:30~16:00 | 4/19(土) | 8:45~16:00 |
| 4/13(日) | 8:45~17:10 (修了審査を含む) | 4/20(日) | 8:45~16:00 (修了審査を含む) |

日程② 申込締切：2025/5/6(火)

| 学科講習 | | 実技講習 | |
|---------|-------------------------|---------|-------------------------|
| 5/17(土) | 8:30~16:00 | 5/24(土) | 8:45~16:00 |
| 5/18(日) | 8:45~17:10 (修了審査を含む) | 5/25(日) | 8:45~16:00 (修了審査を含む) |

日程③ 申込締切：2025/6/3(火)

| 学科講習 | | 実技講習 | |
|---------|-------------------------|---------|-------------------------|
| 6/14(土) | 8:30~16:00 | 6/21(土) | 8:45~16:00 |
| 6/15(日) | 8:45~17:10 (修了審査を含む) | 6/22(日) | 8:45~16:00 (修了審査を含む) |

- 注意事項
- 悪天候などの理由により、実技講習が直前に延期・変更となる場合があります
 - 申込締切日までに必要書類一式のご提出とお支払いができない場合は受講できません
 - テキストはお申し込み後に教習機関よりご自宅へ郵送されます

【講習会場】

- 学科
 - 実技
- 小樽港マリーナ（小樽市築港5番7号）

【振込先】

| | | |
|-------|---------------|--------|
| 金融機関名 | 北洋銀行 | 北海道銀行 |
| 支店名 | 小樽中央支店 | 小樽支店 |
| 預金種別 | 当座 | 当座 |
| 口座番号 | 1043250 | 139611 |
| 口座名 | カ) マリンウェーブオタル | |

【お問い合わせ】

株式会社 マリンウェーブ小樽

〒047-0008 北海道小樽市築港5番7号

TEL 0134-22-1311 (9:00~17:00)

FAX 0134-22-1337

MAIL info@mw-otaru.jp

<定休日>

4月~10月第2週：水曜日

10月第3週~3月：水曜日・木曜日

※祝日と重なった場合は翌日

| | |
|------------|---|
| 第1種 第2種 | <h2 style="margin: 0;">登録小型船舶教習所 受講申込書</h2> |
|------------|---|

私は、貴社が設置する船舶職員及び小型船舶操縦者法（昭和26年 法律第149号）第23条の26第1項の規定による下記の登録小型船舶教習所の教習を受けたいので次のとおり受講を申し込みます。

令和 年 月 日

(株) J E I S 北海道教習センター 殿

| | | | | |
|--------------------|---------------------------|------|-----------|----------|
| ふりがな 氏名 | 印 | 男女 | 生年月日 | 昭平 年 月 日 |
| | | | 年齢 | 才 |
| 本籍 | 都道府県（都道府県名のみ記入） | | | |
| 現住所 | 〒 | | | |
| | TEL（自宅） 勤務先名 | （携帯） | （メール） | |
| 教習所の種類 | （一級・二級・ ）小型船舶操縦士第一種教習所 教室 | | | |
| 課程の名称 | 新規取得コース | | 進級コース | |
| ※1 設置期間 | 自令和 年 月 日 | | 至令和 年 月 日 | |
| ※2 受有する操縦免許証又は海技免状 | 有 無 | | | |

※1 設置期間の欄には、受講希望開始日のみを記入してください。

※2 「有」に○印をされた方は、必ず写しを添付してください。

ここから下の欄は、申込者が記入しないこと。

| | | | | | | | | | | |
|--------|--|---------|--|----|--|------|--|----------|--|-----|
| 住民票の写し | | 身体検査証明書 | | 写真 | | 教習料等 | | 海技免状等の写し | | その他 |
|--------|--|---------|--|----|--|------|--|----------|--|-----|

（注1）当社は、申込者が受講申込書に記載された申込者に係る個人情報を取得し、利用し、かつ個人データ内容の正確性の確保並びにこれらの保護を致します。

（注2）当社は、注1の個人情報等に基づき、直接申込者に当社の実施する更新の講習案内を行う場合は、使用させていただきます。

（注3）申込者は、氏名欄について、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類 | |
| 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

| | | |
|--|---|----|
| 5 m の 話 声 語 の 弁 別 | 可 | 不可 |
| 上欄の5mの話声語の弁別について「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

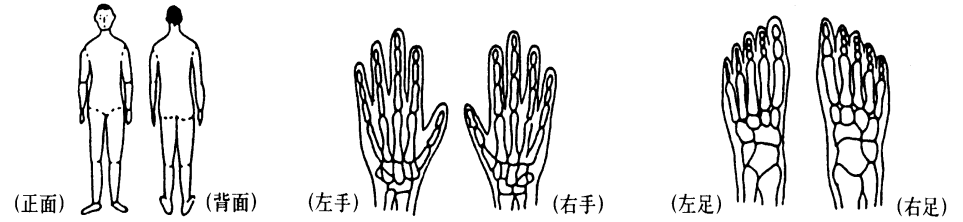
| | | |
|-------|-----------------------------|-------------|
| 疾病の有無 | 病 名 及 び 程 度 (疾病のある者の場合のみ記入) | 業 務 へ の 支 障 |
| 有 無 | | 有 無 |

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

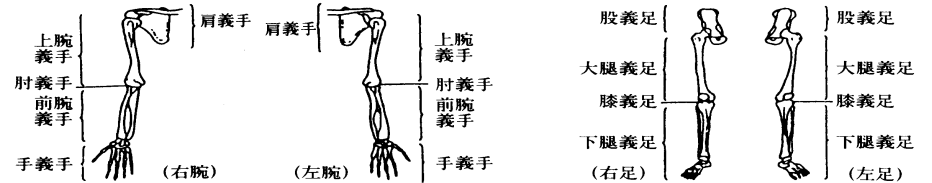
| | | |
|-------|-----|------|
| 手指の屈伸 | できる | できない |
| 手の屈伸 | できる | できない |
| 膝の屈伸 | できる | できない |
| 歩 行 | できる | できない |

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