



# ボートライセンス受講申込書

(太枠内すべて記入し、免許証(免状)のコピーを下記要領にて添付してください。)

(財)日本海洋レンジャー安全・振興協会 殿  
下記のとおり、小型船舶操縦免許証更新講習の受講等を申し込みます。

|  |          |   |           |
|--|----------|---|-----------|
| 氏名   |          | 免許証番号   |           |
| フリガナ   |          | 平成  | 年 月 日まで有効 |
| (氏)  | (名)      | 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 |           |
| ここに操縦免許証のコピーを貼り付けてください<br>※免許番号や顔写真が判別できるものをお願いします |          | (免許証記載の氏名に変更のある方は旧氏名)   |           |
|  |          | フリガナ  |           |
|  |          | (氏)   | (名)       |
| 第1希望講習日  |          | 住所  |           |
| 令和   | 年 月 日 曜日 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |           |
| 開始時間   |          |   |           |
| 時 分  |          |   |           |
| 講習場所   |          |   |           |
| 第2希望講習日  |          | 本籍  |           |
| 令和   | 年 月 日 曜日 | ( ) 都・道・府・県   |           |
| 開始時間   |          | (免許証記載の本籍に変更のある方は旧本籍)   |           |
| 時 分  |          | ( ) 都・道・府・県   |           |
| 講習場所   |          | 電話番号(日中ご連絡のできる番号)   |           |
|  |          | - -   |           |
| 身体検査(いずれかを○で囲んでください)                               |          | 生年月日  |           |
| ① 講習会場で受ける   |          | 昭・平 年 月 日   |           |
| ② 病院等で受けた  |          | 性別  |           |
|  |          | 男・女   |           |

注:病院等で身体検査を行われる場合は、指定様式の身体検査証明書をダウンロードして、この申請書とともに提出してください。

※ 受講申込みによる個人情報、操縦免許証の更新・失効再交付に関して使用いたします。また、次回講習のご案内に使用場合があります。