第15号様式の３（第65条の２関係）

（日本産業規格Ａ列４番）

（船員/漁船員）条約締約国資格受有者身体検査証明書

（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	指定を受けようとする就業範囲
年　月　日	

現住所
☎　（　　）

（写　真）
次のような写真を貼り付けること。
1. 縦30㎜
　横24㎜
2. 申請日前６月以内撮影
3. 無帽、正面上三分身

（指定医師記入）

１．視　力

裸眼視力（矯正視力）	左	右	両眼
	（　　）	（　　）	（　　）

２．色　覚

正常	パネルＤ－１５（ Pass ・ Fail ）	その他（　　）

３．聴　力

５ｍの話声語の弁別	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）	勤務への支障
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（手指に障害のある者の場合のみ記入）	左　　kg	右　　kg

第15号様式の２（第65条の２関係）

（日本産業規格Ａ列４番）

締約国資格受有者身体検査証明書

（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	指定を受けようとする就業範囲
年　月　日	

現住所
☎　（　　）

（写　真）
次のような写真を貼り付けること。
1. 縦30㎜
　横24㎜
2. 申請日前６月以内撮影
3. 無帽、正面上三分身

（指定医師記入）

１．視　力

裸眼視力（矯正視力）	左	右	両眼
	（　　）	（　　）	（　　）

２．色　覚

正常	パネルＤ－１５（ Pass ・ Fail ）	その他（　　）

３．聴　力

５ｍの話声語の弁別	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）	勤務への支障
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（手指に障害のある者の場合のみ記入）	左　　kg	右　　kg