

STCW基本訓練 実地訓練 受講申込書

株式会社AnchorS 基本訓練運営係 担当者 殿

受講者様情報							
フリガナ			生年月日	西暦	年	月	日
氏名			年 齢		性 別		血 液 型
ローマ字							
連絡先	※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。						
現住所				本籍地			
保有する資格	級海技士（航海・機関・通信）						
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号				
※受講者本人に、怪我等の緊急のご用件があった場合にのみご連絡します。							

服のサイズ	身 長	体 重	靴のサイズ	希望する服のサイズ
	c m	k g	c m	

所属会社情報			
会社名			
住所			
電話番号			
✉アドレス	※記入頂いたアドレスに開催情報等をお送り致します。		

受講する講習の情報			
受講する開催地	☐ 備前校 ☐ 三島校		
希望講習日	令和 年 月 日		
受講科目	☐ 防火と消火 ☐ 個々の生存技術		
	☐ 限定解除(防火と消火) ☐ 限定解除(個々の生存技術)		
昼食の希望	☐ 要 ☐ 不要		
来場の方法	☐ 送迎を利用する ☐ 現地に直接向かう		
※集合場所等について、詳しくは「開催のご案内」および「送迎・宿泊のご案内」をご覧ください。			
支払方法	☐ 銀行振込 ☐ 現地での現金払い		
※お振り込み先について、詳しくは「開催のご案内」をご覧ください。			

基本訓練参加に関する確認			
私は、貴社が開催する基本訓練の受講にあたり、「参加同意書」および「健康状態申告書」を確認の上、申し込み致します。			
記入日： 年 月 日			
氏 名 _____			

STCW基本訓練 実地訓練 参加同意書

STCW基本訓練 実地訓練への参加にあたり、下記項目をご確認下さい。

☐	本講習において、水または煙および消火薬剤を吸引する可能性、水に濡れる可能性など、講習中に起こり得る事象に関しては自己責任とすることに同意します。
☐	自己と他者の安全のために積極的かつ責任感を持った態度で本講習に臨みます。
☐	講習スタッフが行う講習中の傷病に対する応急処置と治療のための手配を許容し、緊急時には講習スタッフ指示に従います。
☐	自己の選択によって本講習の全てまたは一部の実技に参加しなかった場合、本講習の修了証が授与されない場合があることに同意します。
☐	受講中、私自身の責任において事故が発生した場合、講習スタッフ、株式会社AnchorSに対して賠償責任は問いません。
☐	本講習で実施する訓練に、以下の内容が含まれることを理解します。
	(1) プールでの浮揚、水面移動および救命胴衣等を着用しての高さ1mからの水中への飛び込み（水深1m以上）を実施すること。
	(2) 反転した救命いかだの復正と乗り込みを実施すること。
	(3) 実際に模擬火災を発生させての、持運び式消火器を用いた初期消火活動および複数のホースを用いての大規模消火活動を実施すること。
	(4) 視界制限状態を模した状況において、自蔵式呼吸具を装着してダミー人形を（35kg）の運搬を行うこと。
☐	事故および感染症の防止について、以下の事項に同意します。
	(1) プールでの急激な温度変化により、循環動態に影響を及ぼす可能性がある事を理解します。また、循環器系疾患がある場合は、医師または主治医に確認の上、講習に参加します。
	(2) プール水や施設を介して皮膚性疾患、流行性角膜炎、嘔吐、下痢などが蔓延することを防止するために、それらを必ず治療した上で講習に参加します。

基本訓練参加に関する確認

私は、上記の各項目について確認し、同意いたします。

記入日： 年 月 日

氏 名 _____

健康状態申告書

STCW基本訓練 実地訓練への参加にあたり、下記項目をご確認の上、署名をお願い致します。

本用紙の提出のない方および回答内容により本訓練への参加に適さないと判断する場合には、訓練への参加をお断りする場合がございます。

質問事項	はい	いいえ	「はい」の場合、何を、いつ？
最近病院にかかったり、外科的な治療を受けた。	☐	☐	
過去12ヶ月以内に病気や健康状態に異常をきたしたり、事故に遭った事がある。	☐	☐	
職場において、健康状態が理由で軽作業に配置されている。	☐	☐	
頭痛がある、または平衡感覚、聴覚に異常がある。	☐	☐	
喉の痛みや咳がある。	☐	☐	
息切れ、呼吸に問題がある。	☐	☐	
胸痛の経験がある。	☐	☐	
関節の脱臼の経験がある。	☐	☐	
高所、閉鎖空間、水に対して恐怖症がある。	☐	☐	
泳げない、または泳ぎが得意ではない。	☐	☐	
訓練開始24時間以内に、何らかの薬を服用する予定である。	☐	☐	
薬やアルコール、その他に対してアレルギーがある。	☐	☐	
食品に対してアレルギーがある。(弁当のメニューを変更します。)	☐	☐	
妊娠中である。(女性のみ。「はい」の場合、妊娠何ヶ月かを記入。)	☐	☐	
以下を患っているもしくは既往歴がある。	はい	いいえ	「はい」の場合、何を、いつ？
呼吸器系疾患(アレルギー、喘息、気管支炎、結核、その他)	☐	☐	
循環器系疾患(心臓発作、狭心症、血栓症、静脈炎、その他)	☐	☐	
消化器系疾患(胃炎、潰瘍、B型・C型肝炎、その他)	☐	☐	
泌尿器系疾患(感染症、腎臓結石、その他)	☐	☐	
代謝性疾患(糖尿病、貧血、肥満、その他)	☐	☐	
骨疾患(骨折、脱臼、椎間板ヘルニア、関節炎、リウマチ、その他)	☐	☐	
神経疾患(てんかん、うつ病、その他)	☐	☐	
皮膚疾患(白癬、毛嚢炎、ヘルペス、その他)	☐	☐	
眼病(近視、その他)	☐	☐	
静脈瘤(血行不良、静脈炎)	☐	☐	
脱腸、痔、瘻孔	☐	☐	
その他、訓練全般を実施する事を制限するような肉体的・精神的な症状または訓練を実施する上で不安なことがある。	☐	☐	

基本訓練参加に関する確認

私は、上記の各項目について確認し、内容に相違ないことを申告します。

記入日： 年 月 日

氏 名