

### STCW 実地訓練受講申請書

日本海洋事業株式会社 代表取締役社長 殿

フリガナ		生年月日（西暦）	年 月 日
氏名		本籍地（都道府県名）	性別
			男・女
現住所	〒	血液型	
		Rh（ ）	
電話番号			
勤務先	会社名：	電話番号：	
緊急 連絡先	氏名（続柄）：	（ ） 電話番号：	
	※緊急時、上記勤務先と連絡がつかない場合の連絡先		

実地訓練の種類	訓 練 日	備 考
生存訓練	年 月 日	
消火訓練	年 月 日	
1日コース	年 月 日	

経費支払い	支払者（どちらかに○を付す）	会社	本人
請求書送付先（封筒の氏名）			
請求書宛先の氏名			

日本海洋事業株式会社が実施する実地訓練受講に当たり、  
 「STCW 実地訓練参加に関する同意書」及び「健康状態申告書」を確認、同意しましたので、  
 添付し、申し込みます。

（西暦） 年 月 日

氏 名

<当日、本人確認のため、顔写真が貼付された公的証明書（運転免許証、海技免状等）をご提示下さい>