

STCW 条約基本訓練実地訓練(消火訓練)参加のための健康状態申告書及びサイズ表

令和 年 月 日

消火訓練内容	
小規模消火訓練	受講者は、消火器による初期消火の実施を行います。
大規模消火訓練	受講者は、駆動ポンプ等を用い、管鎗及びアプリケーションターを使用しての消火を実施します。また、暗所及び煙の充満を想定し、呼吸具を使用しての消火・救助訓練を実施します。

※上記、訓練内容を注意深くお読みいただき、下記の各事項の質問に全てお答え下さい。

質問	はい	いいえ	「はい」の場合、何をいつ？
頭痛や平衡感覚、聴覚に異常がある			
咳や喉の痛みがある			
吐き気や下痢がある			
臭いを感じるができない			
息切れや呼吸に問題がある			
胸痛の経験がある			
関節の脱臼の経験がある(膝痛、腰痛等)			
妊娠中である。「はい」の場合は妊娠何ヶ月か？(女性のみ)			
訓練中に自分の能力を低下させるような成分を含む薬を、24 時間以内に服用した			
以下を患っているもしくは以下の既往歴があるか？			
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、じん臓結石、その他)			
代謝性疾患(糖尿病、肥満、貧血、その他)			
骨疾患(関節炎、骨折、脱臼、椎間板ヘルニア、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)			
高血圧症			
静脈瘤(血行不良、静脈炎)			
脱腸、痔、瘻孔			
その他、安全に訓練を完了することを制限するような健康的な問題や最近の怪我等ありましたら、挙げて下さい。			

※上記、内容に相違ないことを申告いたします。

氏名	※自署をお願いします	日付	
----	------------	----	--

※防火着サイズに関する事項(当日実習服に着替えて訓練を実施します、必ず記入してください)

身長cm	体重kg	靴サイズcm	体型	希望の服のサイズ
			標準・やせ型・肥満型	M・L・LL

ご記入頂き締切日までに FAX、メール、郵送のいずれかで該当地域の事務所までお送りください。

本社(福岡)	〒812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前3-2-1 日本生命博多駅前ビル3階	FAX:092-473-5025	E-mail: info@jml-gr.jp
長崎事務所	〒850-0055 長崎県長崎市中町1-2 5 M J M中町ビル2階	FAX:095-832-8110	E-mail: nagasaki@jml-gr.jp
九州海技学院	〒869-3207 熊本県宇城市三角町三角浦1193	FAX:0964-52-3041	E-mail: kaigigakuin@jml-gr.jp
中国事務所	〒733-0036 広島県広島市西区観音新町4-1 4-6 広島観音マリーナ内	FAX:082-207-2634	E-mail: chugoku@jml-gr.jp
沖縄事務所	〒900-0001 沖縄県那覇市港町2-1 6-1 琉球新報開発ビル6階	FAX:098-861-6138	E-mail: okinawa@jml-gr.jp
関西事務所	〒662-0934 兵庫県西宮市西宮浜1-3 1 西宮浜産業交流会館4階	FAX:0798-31-0206	E-mail: kansai@jml-gr.jp

※重要:本用紙の提出の無い方、及び回答内容により訓練への参加に適さない判断される方については、訓練への参加をお断りすることがございます。