

# 海王丸遠洋体験航海参加者募集

2018.2.2

平成30年度の帆船海王丸体験航海スケジュールにつきまして、現在下記の遠洋体験航海コースの募集が決定いたしました。

国内体験航海コース及び海洋教室コースの募集要項につきましては、決まり次第、当財団のホームページに掲載いたします。

## 遠洋体験航海(コース名:30C01)

**実施期間** 平成30年4月4日(水)～5月2日(水) 29泊30日

**航海区間** 横浜港(神奈川県)～カフルイ港(マウイ島)

**参加料** 238,670円(1泊8,230円×29泊) **定員** 8名(1部屋)

※ 4月4日(水)に集合し海王丸に乗船して、翌5日(木)に出港します。

**申込書受付締切日 平成30年2月22日(木)必着**

- 参加資格: 満18才以上満70才未満の心身共に健康で、当財団の国内体験航海コースを経験し、船内生活、集団生活に支障がなく所定の健康診断に合格した人としします。ただし、乗船中に70才の誕生日を迎える方は参加できません。
- 選考方法: 申込み受付締切後、選考委員会による選考方式
- 必要手続き: パスポート(6ヵ月以上有効期限のあるもの)及びビザ(必要)はご自分で取得していただきます。なお、ビザ取得につきましては、少なくとも2～3週間かかりますので、参加決定後、早急のご準備をお願いいたします。

### 申込方法・問い合わせ先について

参加ご希望の方には、事前に当財団指定の健康診断書の用紙により最寄りの病院にて健康診断を受診していただきます。その後、申込用紙にご記入の上、健康診断書と併せて当財団宛てにFAXまたは郵送にてご送付ください。お申込み用紙及び健康診断書用紙は、当財団のHPからダウンロードするか、当財団にご連絡いただければお送りいたします。

なお、健康診断受診等申込にかかる費用につきましては乗船選考の可否にかかわらず自己負担をお願いいたします。

研修生の部屋割りが一室(8名)のため、申込数の多い男女いずれかの参加になったり、定員を超えるお申し込みがあったりなど、参加決定に至らない場合がございます。ご期待に添うことができない可能性がありますことを十分ご了承の上お申し込みくださいますようお願い申し上げます。

公益財団法人 海技教育財団 TEL 03-3288-0991 FAX 03-3288-0992  
e-Mail macf@macf.jp URL <http://www.macf.jp>

【申込者の選考について】体験航海参加者の決定は、当財団内に外部関係者を含めた「海王丸体験航海研修生選考委員会」を設置し、各コースについて参加申込受付期間終了後に、選考委員会を開催し、次の基準に基づき選考します。

- (1) 原則として、10代及び20代の青少年を優先(青少年による次世代海事産業の人材確保、育成を目的とするため。)
- (2) そのほかの参加者については、原則として抽選方式
- (3) 遠洋体験航海は国内体験航海経験者であること

# 平成30年度

## 海王丸体験航海・海洋教室参加申込書

私は、本「申込書」、「帆船海王丸体験航海等のご案内」及び「帆船海王丸体験航海・海洋教室への参加条件」を確認・了承し、下記のとおり参加を申し込みます。

(申込日) 平成 年 月 日

ふりがな	印
氏名(署名)	

希望コース ※ □にレを付け、コース名をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 海洋教室 (コース名 : 30A ) <input type="checkbox"/> 国内体験航海 (コース名 : 30B ) <input type="checkbox"/> 遠洋体験航海 (コース名 : 30C )
性別及び生年月日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 : <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生(乗船時の満年齢 歳)
郵便番号 (ふりがな) 現住所 自宅電話番号 携帯電話番号 FAX、E-mail	〒 - - - - - - - -
緊急時連絡者氏名 電話番号 携帯電話番号	(続柄 ) - - - -
勤務先 又は 学校名 電話番号 FAX、E-mail	( 学年 ) - -
作業服サイズ ※体験航海参加申込みのみ記入 (□にレを付けてください。)	<input type="radio"/> 上衣 <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="radio"/> 下衣 <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S
保護者同意書欄 (申込者が未成年者の場合のみ記入してください。)	<p>私は、上記申込者が体験航海・海洋教室に参加することに同意します。</p> <p>(ふりがな)</p> <p>(保護者氏名) 印</p> <p>(住所) 〒 -</p> <p>(電話)</p> <p>〈保護者の方が参加する場合は、別途申込書にご記入の上、お申し込みください。〉</p>

公益財団法人 海技教育財団は、参加申込書に記載の個人情報の取扱いについては細心の注意を払い、厳重に管理し、参加申込者の同意がある場合及び法令等に基づき要請された場合を除き、第三者に情報を提供又は開示はいたしません。

※裏面にも記入してください。



健康診断書  
(練習帆船海王丸遠洋航海参加者用)

氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	年齢
	男・女	S・H 年 月 日	才
現住所 〒			
TEL			

① 個人歴

- 主な既往疾病 \_\_\_\_\_
- 今までに受けた手術 \_\_\_\_\_
- 現在服用中の薬品名 \_\_\_\_\_
- 現在治療中の疾病等 \_\_\_\_\_

② 形態計測

○身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg      胸囲 \_\_\_\_\_ cm

③ 機能検査

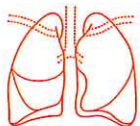
○視力 右 ( ) 左 ( ) ( ) は矯正視力

○色神 \_\_\_\_\_ 聴力 \_\_\_\_\_ 握力 右 \_\_\_\_\_ , 左 \_\_\_\_\_

④ 医学的検査

○胸部レントゲン撮影 (間接又は直接撮影)

所見



○血 圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

○心電図 (注・・・心電図は40才以上の者)

○肝機能検査 HBs (抗原・抗体)

⑤ 身体障害

(1) 奇形

奇形の有無	奇形の内容及び程度
有・無	

(2) 四肢の欠損

四肢の欠損の有無	四肢の欠損の内容及び程度
有・無	

(3) 運動機能 ( b.は膝関節の屈伸ができなかった者のみ記入 )

a.関節の屈伸

手指の屈伸	できる・できない
手の屈伸	できる・できない
膝の屈伸	できる・できない

b.運動機能障害の程度

一般歩行	できる・できない
低重心歩行	できる・できない
跳 躍	できる・できない

(4) その他の身体障害

その他の身体障害の有無	障害の内容及び程度
有・無	

⑥ 医師所見

約1か月遠洋航海へ参加することに関して支障の有無や乗船中の船医への申し継ぎ事項をご記入ください。

平成 年 月 日

医師の氏名

医療機関の名称及び所在地

印

※ 現在、薬品を服用中の方は、別紙「医師の所見」のご提出もお願いいたします。

## 医師の所見ご提出のお願いについて

公益財団法人 海技教育財団

健康診断書において現在服薬中及び現在治療中と記入された方はご提出ください。

今回は練習帆船海王丸による1か月に及ぶ長期の航海となり、一旦、横浜港出航後、カフルイ港入港までは、上陸の機会はありません。当財団としましては、参加者の安全を第一に考え、細心の注意を払って体験航海を実施していただき、船側も万全の体制で準備を整えるため、乗船者一人ひとりの健康状態、服用薬及び病状等については詳しい情報を把握する必要があります。

つきましては、同封の健康診断書で現在治療中の疾病等に記載のある方は、別紙「現在治療中の疾病等について」に必要事項をご記入いただき医師の署名をもらってください。

参加者の安全を第一に考えての手続きであることをご理解いただき、お申込み書・健康診断書と併せてご提出をお願いいたします。

また、添付の書式にご記入いただいたものをご提出いただいても結構ですが、必要事項の記載があれば医師側の様式でのご提出でも差し支えありません。

遠洋航海についての説明につきましては、必要であれば当財団の体験航海乗船案内パンフレットをお送りいたします。ご不明なところがありましたら、当財団までご連絡ください。

よろしく願いいたします。

ご担当医師 殿

参加申込者 氏名 \_\_\_\_\_

1、現在治療中の病気について

※ どんな症状がありますか。

※ 治療方法について(薬の服用、食事制限など)

※ 治療状態について(薬によってコントロールされている、など)

※ 服用薬の名称、服用頻度、服用期間

※ 服用に当たって、現在副作用の症状はあるか。

※ 船酔いによる嘔吐等で、万が一経口による服用ができなくなった場合、どのような症状が考えられるか。  
また、その場合の対処法について。

2、1か月の遠洋航海に参加することについて支障の有無

3、乗船中の船医へ申し継ぎ事項があればそれに関すること。

医療機関の名称及び所在地

医師氏名

以上、よろしく願いいたします。ご不明なところがありましたらお問い合わせください。

公益財団法人 海技教育財団 〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-4 海運ビル 8F

TEL 03-3288-0991 FAX 03-3288-0992 担当:加藤、遠藤