

失効再交付講習受講申込書

㈱ロイヤルコーポレーション
マリンライセンス ロイヤル 殿

下記のとおり小型船舶操縦士失効再交付講習の受講を申込みます。

申 込 者	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	本籍 (都道府県のみ)	(都・道・府・県)	
	現住所	〒 _____ 電話番号 (_____) _____ メールアドレス (_____ @ _____)	
	保有資格	(_____) 級小型船舶操縦士	免許の有効年月日
	免許番号	_____	令和 年 月 日

1. 受講希望日時及び開催地

受講日時 : 令和 年 月 日 午前・午後 時から

開催場所 : _____

2. 身体検査 当日会場で受ける

事前に病院等で受けた (所定の身体検査証明書がありますのでお電話ください)

3. 更新手続きの依頼を する しない (地方運輸局へ自己申請になります)

4. 3. で「する」とした場合の新しい免許証の受領方法

郵送を希望 (書留でお送りします) 受取りに来る

5. 免許証の記載に訂正がある方は記入してください

訂正事項 : 氏名 ・ 本籍 (旧 : _____) ⇒ (新 : _____)

住所 : (新 : _____)

6. 次回の更新案内 (無料) を 希望します 希望しない

メールアドレス : (_____ @ _____)

※申込書に記入いただいた個人情報は、操縦免許証の更新・失効再交付に関して使用します。また次回講習のご案内に使用する場合があります。

失効再交付講習受講申込書

㈱ロイヤルコーポレーション

マリンライセンス ロイヤル 殿

下記のとおり小型船舶操縦士失効再交付講習の受講を申込みます。

申 込 者	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生	
	本籍(都道府県のみ)	(都・道・府・県)	
	現住所	〒 _____ 電話番号() _____ メールアドレス(@) _____	
	保有資格	()級小型船舶操縦士	免許の有効年月日
	免許番号	_____	令和 年 月 日

1. 受講希望日時及び開催地

受講日時 : 令和 年 月 日 午前・午後 時から

開催場所 : **※予約枠が確定してからご記入ください**

2. 身体検査 当日会場で受ける

事前に病院等で受けた(所定の身体検査証明書がありますのでお電話ください)

3. 更新手続きの依頼を する しない(地方運輸局へ自己申請になります)

4. 3. で「する」とした場合の新しい免許証の受領方法

郵送を希望(書留でお送りします) 受取りに来る

5. 免許証の記載に訂正がある方は記入してください

訂正事項 : 氏名・本籍(旧: _____) ⇒ (新: _____)

住所 : (新: _____)

※↑記載に訂正がある場合のみご記入ください

6. 次回の更新案内(無料)を 希望します 希望しない

メールアドレス:(**ご希望の方はご記入ください** @)

※申込書に記入いただいた個人情報、操縦免許証の更新・失効再交付に関して使用します。また次回講習のご案内に使用する場合があります。