

溶接技能向上のための講習会
被覆アーク溶接 申込書

※	受付番号：
※	受講番号：

一般社団法人 日本溶接協会 溶接技能者教育委員会 殿

下記のとおり、溶接技能者教育(学科・実技)の講習に申し込みます。

写真 (縦4.5×横3.5cm)
◎受講者全員の皆様へ 必ず写真を貼って下さい。 はがれることがあるので 写真裏面には氏名、生年 月日を記入する。 本人が確実に識別できる 写真を使用すること。

受講者	フリガナ			生年月日
	氏名	(姓)	(名)	西暦 年 月 日生
1 自宅	現住所	〒		電話番号
	Eメール アドレス	(あれば)		携帯番号
2 勤務先	フリガナ			
	名称			
	所属			電話番号
	所在地	〒		
	申込み 担当者	氏名		
	所属			電話番号
	Eメール アドレス			
3 受講票の送り先		1. 自宅		2. 勤務先 (○で囲む)

◎受講するコースを丸で囲んで選択してください。

コースの選択	受講場所	実技溶接姿勢等	受講日
学科	備後地域地場産業振興センター	学科講習のみ	2025年6月21日(土)

①受講者は実務経験数の記入をして下さい。	②「学科講習のみ」を申込みの受講者は、左記の実務経験の証明が必要です。
実務経験期間(1ヵ月以上)	左記のとおり証明します。西暦 年 月 日
年 月	(証明者) 会社名
西暦 年 月～ 年 月	氏名 ㊟

※ 写真は、「学科講習修了証」の発行に使用します。