溶接技能向上のための講習会

半自動溶接 申込書

※	受付番号：
※	受講番号：

写真
（縦4.5×横3.5㎝）

◎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。

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。

受講者	ﾌﾘｶﾞﾅ			生年月日	
	氏　名	(姓)	(名)	西暦 年　月　日生	
1 自宅	現住所	〒		電話番号	
				携帯番号	
	Eメール アドレス	(あれば)			
2 勤務先	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	名　称				
	所　属			電話番号	
	所在地	〒			
	申込み担当者 氏名				
	申込み担当者 所属			電話番号	
	申込み担当者 Eメール アドレス				
3 受講票の送り先		1．自宅　　2．勤務先　　（〇で囲む）			

◎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	2024年7月20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　ヵ月	(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。