

※ 受付番号：
※ 受講番号：

写 真 (縦4.5×横3.5cm) <small> 学科講習を申込みの方のみ写真を貼る。 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。 </small>

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、溶接技能者教育の講習に申し込みます。

受講者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	(姓)	男・女	西暦 年 月 日生
1 自宅	現住所	〒		電話番号 携帯電話
	Eメール アドレス	(あれば)		
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		電話番号
		所属		
		Eメール アドレス		

	講習会場	受講コース/資格名	受講日
学科講習	群馬県職業能力開発協会	半自動・ステンレス	2025年 月 日

受講コースを○で囲む

◎ 学科講習を申込みの方は、下記の証明が必要です。

実務経験期間(1ヵ月以上)の証明	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	(印)			

- ※ 学生の方は溶接の授業を受講した期間を記入してください。
 - ※ 写真は、「学科講習修了証」の発行に使用します。
 - ※ 書類等の送付先を選択してください。
- 送付先 ・自宅 ・勤務先
- ※ 日本溶接協会発行の請求書の送付について選択してください。
- 請求書の発行を ・希望する ・希望しない