

※ 受付番号：

※ 受講番号：

写 真

(縦4.5×横3.5cm)

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。

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)	(名)	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						

	受講会場	受講コース／資格名	受 講 日
学科のみ	高知県立高知高等技術学校	半自動溶接 学科	2026年12月12日

◎ 学科講習のみを申込みの方は、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 ヲ月	(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。

※ 評価試験を予定されている方は、下記にご記入ください。

・試験会場

・受験種目