

溶接技能者評価試験学科受験準備講習会受講申込書

令和 年 月 日

一般社団法人大分県溶接協会 殿

〒
住 所

希望講習（番号に○印をお願いします。）

会 社 名

1. 手溶接／半自動溶接

担当者名

印

2. ステンレス溶接

TEL ()

FAX ()

ふ り が な	生年月日	今回受験種目	備 考
氏 名			
	年 月 日生		
	年 月 日生		
	年 月 日生		
	年 月 日生		
	年 月 日生		
	年 月 日生		
	年 月 日生		

以上 名分 計 円也を添えて申し込みます。

