

※ 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	
勤務先	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	希望に"○"を記入 (1箇所のみ)	受講コース	受講日
学科のみ	一般社団法人 大阪府溶接技術協会		半自動溶接 学科	2024年 4月16日(火)
			ステンレス鋼溶接 学科	2024年 5月16日(木)
			被覆アーク溶接 学科	2024年 6月18日(火)
			半自動溶接 学科	2024年 7月 9日(火)
			ステンレス鋼溶接 学科	2024年 8月20日(火)
			被覆アーク溶接 学科	2024年 9月18日(水)

◎ 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	ヵ月	(証明者)	会社名		
西暦	年	月	年	月	氏名
					印

※ 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