

※ 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)	西暦
1 自 宅	現住所	〒		電話番号	
	Eメール アドレス	(あれば)		携帯電話	
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	スキルアップセンター苦小牧	半自動溶接 学科	2026年1月15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ヶ月以上)の証明	左記のとおり証明します。	西暦	年 月 日
年 カ月			
西暦	(証明者) 会社名		
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

- ※ 日本溶接協会発行の請求書の送付について、下記にご記入ください。
- 請求書発行を 希望する • 希望しない