

※ 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張る。
裏面に氏名、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	姓	名	性別	生 年 月 日
	氏 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			
		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	旭川市工業技術センター (旭川市工業団地3条2丁目) TEL: (0166) 36-4153 FAX: (0166) 85-7722	被覆アーク溶接 学科	2026年4月13日
		半自動溶接 学科	2026年4月14日
		ステンレス鋼 学科	2026年4月16日

受講コースを○で囲む

◎ 学科講習のみを申し込む方は、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	(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。