

※ 受付番号
※ 受講番号

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。

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。

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)	被覆アーク溶接 学科	2026年4月13日
	TEL: (0166) 36-4153	半自動溶接 学科	2026年4月14日
	FAX: (0166) 85-7722	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		
西暦 年 月～ 年 月	(証明者) 会社名 氏名 (印)		

※ 写真は、「学科講習修了証」の発行に使用します。