

※ 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)	男・女	西暦 年 月 日生	
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		半自動溶接 学科	2024年○月○日

受講コースを○で囲む

◎ 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 月 日		(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

※ 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