

※ 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 男 ・ 女	生年月日
	氏名	(姓)	(名)		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	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 埼玉県溶接協会		半自動溶接 学科 被覆アーク溶接 学科	2026年 9月 8日(火) 2026年 12月 1日(火)

◎ 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 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。

※ 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