

※ 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)	(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				電話番号
		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	2026年 9月 8日(火)
			被覆アーク溶接 学科	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 月		(証明者)	会社名			
西暦	年 月～ 年 月	氏 名				

- ※ 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