

アーク溶接特別教育申込書兼修了者台帳（永久保存）

平成 年 月 日（申込）

事業者名 _____

（注意事項）・欄は記入しないこと

所在地 〒 _____

・写真2枚添付（上半身30mm×25mm）

担当者の所属及び氏名 _____

裏面に氏名記入 ・個人申込は右欄記入不要

TEL/FAX TEL _____ - - FAX _____

写真貼付

写真
(修了書用は
同封のこと)

ふりがな		男・女	受講希望コース (印を付ける)	3日間コース
受講者氏名				2日間コース (個人の場合は、 受講できません)
生年月日	昭和・平成 年 月 日(満才)		受講日	
本籍地	県(都・道・府)			月
現住所	〒 _____		受講番号	
	電話 - -			
修了証番号	第 _____ 号			
修了証発行年月日	平成 年 月 日			

アーク溶接特別教育受講票（2日間コース,3日間コース）

主催者：財団法人 日本溶接技術センター

受講日	月 日 ~ 日	受講番号	受講者氏名
-----	---------	------	-------

8時45分

受付 (社)神奈川県溶接協会

申込先：(社)神奈川県溶接協会

〒210-0001 神奈川県川崎市川崎区本町2-11-19 TEL 044(233)8367 FAX 044(246)5265