

溶接（ガス・アーク）講習・申込書

	講 習 名		講 習 名
1	ガス溶接技能講習	2	アーク溶接技能講習
講 習 日	年 月 日		
教習機関名	多摩職能開発センター 城東職能開発センター		

上記、受講を希望する講習名、教習機関名の番号に○をつけてください

フリガナ					
氏 名				所属支部	支部
住 所	〒 _____			電話番号	()
生年月日	年 月 日			職 種	
本 籍	() 都・道・府・県	最終学歴 () 卒		就労形態	事業主 ・ 一人親方 労働者 (職人・事務員・他)
事業所名	フリガナ			代表者名	
				電話番号	()
事業所住所	〒 _____			常勤労働者数	人
雇用保険	有・無	雇用保険事業所番号 ()			

技術研修センターのチェック欄

会員・非会員の別	同講習の受講歴	受講料の受領	受 付 日
会員・非会員	有 ・ 無	未 ・ 済	年 月 日