

# 平成30年度 アーク溶接特別教育(実技)ご案内

アーク溶接特別教育を、下記のとおり開催しますので是非ご参加くださるようご案内申し上げます。

この講座は、労働安全衛生特別教育規定に基づく「アーク溶接等の業務に係る特別教育」について実技教育を行うものです。

## 記

- ◆講習日時  
Aコース：平成30年 6月 2日(土)・ 3日(日)  
Bコース：平成30年 7月24日(火)・25日(水)  
Cコース：平成30年 9月29日(土)・30日(日)  
Dコース：平成30年11月17日(土)・18日(日)  
Eコース：平成30年12月15日(土)・16日(日)  
Fコース：平成31年 3月16日(土)・17日(日)  
※各コースとも 1日目 8:50~17:00、2日目 8:50~12:00
- ◆講習会場  
地域職業訓練センター 多目的実習場  
(〒761-8031 高松市郷東町587-1 電話：087-882-2854)
- ◆受講料  
15,660円(香川県職業能力開発協会会員 12,420円)  
※消費税・教材費含みます
- ◆対象者  
原則としてアーク溶接特別教育(学科)講習を修了された方
- ◆定員  
各コース 20名 ※先着順にて受付いたします
- ◆申込要領  
裏面の記入例を参考にして専用の「受講申込書」に必要事項をご記入のうえ、持参または郵送にてお申し込みください。受講申込書が当協会に到達した順に受付いたします。(事前に空き状況をご確認いただくことをお勧めします)  
受付したのち、受講票・受講料振込用紙等をお送りいたしますので、原則として開講日の3日前までにお振込みを完了してください。  
お申し込み後に、受講者の欠席・変更が生じた場合は速やかに当協会までご連絡ください。また、受講キャンセルは開講日の10日前までとします。その後のキャンセルは受講料をご請求いたします。  
申込人数が一定に満たない場合等は中止または日程を変更させていただくこともありますのであらかじめご了承ください。
- ◆受付締切  
募集定員になり次第締め切ります。
- ◆問合せ先  
香川県職業能力開発協会 育成支援課  
〒761-8031 高松市郷東町587-1  
電話：087-882-2854 FAX：087-882-2962

以上

【記入例】

「アーク溶接特別教育(実技)」受講申込書(台帳)

受講コース： A コース ( H〇〇 年 〇 月 〇〇 日・ 〇 月 〇〇 日)

香川県職業能力開発 受講希望コースをご記入ください 申込日： 年 月 日

修了証番号	第〇〇〇〇〇〇号	証明年月日	※
ふりがな	まるまる たろう	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 54年10月10日
実技教育を申し込みの時点で 学科教育を未修了の場合 この欄の記入は不要です	〇〇 太郎		
受講票 送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 現住所 〒761-8012	雇用保険 被保険者番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇
修了者 現住所	高松市香西本町1234番地	(電話)	090-〇〇〇-〇〇〇〇
勤務先 事業所名	〇〇建設株式会社		
勤務先 所在地	高松市郷東町5678番地	(電話)	087-△△△-5678

(注意事項)

太枠内を黒ペンで明瞭に記入してください。  
 (注：鉛筆・色ペン・消えるボールペンでの記入は不可)  
 修了証番号欄には学科修了証の番号を記入してください。  
 該当する項目の□に✓を記入してください。  
 ※印欄、再交付欄には記入しないでください。

※	受付印		□ 一 般
		区 分	□ 当協会会員
		受講料	円

(再交付・書替申請①)

(ふりがな) 氏 名		再交付日	
		再証明日	
修了者 現住所	〒	(電話)	
勤務先 事業所名		(電話)	
再交付理由		※ (担 当)	

(再交付・書替申請②)

(ふりがな) 氏 名		再交付日	
		再証明日	
修了者 現住所	〒	(電話)	
勤務先 事業所名		(電話)	
再交付理由		※ (担 当)	

再交付・書替申請の欄には記入しないでください

日中連絡の取れる番号をご記入ください

不明の場合記入は不要ですが  
できるだけご記入ください  
4桁-6桁-1桁の11桁の番号です

指定無い場合は勤務先へ送付します

# 「アーケ溶接特別教育(実技)」受講申込書(台帳)

受講コース：    コース(                    年   月   日・   月   日)

香川県職業能力開発協会長    殿

申込日：                    年   月   日

修了証番号		証明年月日	※
ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和                    年   月   日 <input type="checkbox"/> 平成
氏名	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 現住所	雇用保険 被保険者番号	
受講票 送付先			
修了者 現住所	〒		(電話)
勤務先 事業所名			
勤務先 所在地	〒		(電話)

**(注意事項)**

太枠内を黒ペンで明瞭に記入してください。  
 (注：鉛筆・色ペン・消えるボールペンでの記入は不可)  
 修了証番号欄には学科修了証の番号を記入してください。  
 該当する項目の□に✓を記入してください。  
 ※印欄、再交付欄には記入しないでください。

※  
 受付印

区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 当協会会員
受講料	円

**(再交付・書替申請①)**

(ふりがな) 氏名		再交付日	
		再証明日	
修了者 現住所	〒		(電話)
勤務先 事業所名			(電話)
再交付理由			※ (担 当)

**(再交付・書替申請②)**

(ふりがな) 氏名		再交付日	
		再証明日	
修了者 現住所	〒		(電話)
勤務先 事業所名			(電話)
交付理由			※ (担 当)