【ステンレス鋼のＴＩＧ溶接技能クリニック】

受　講　申　込　書

申込日：　令和　　年　　月　　日

フリガナ				
事業所名			㊞	
所在地	〒			
連絡担当者名			E-Mail:	
会社連絡先	TEL:		FAX:	
フリガナ 受講者名	年令	性別	生年月日	溶接作業の経験年数

受講資格：アーク溶接等の業務に係る特別教育

受講者本人において、上記の受講資格に該当する特別教育を修了していることを証明します。

令和　　年　　月　　日

〒　　―

所在地

会社名　　㊞

■　申込先：　下記へ FAX、E-mail または郵送でお申し込み下さい。

一般社団法人　新居浜ものづくり人材育成協会　事務局

〒792-0896　愛媛県新居浜市阿島１丁目５番 50 号

電話番号：　0897-47-5601　・　E-mail：　info@niihamagenki.jp

ファックス番号：　0897-47-5602

■　申込締切日：　令和 8 年 12 月 18 日（金曜日）

■　注意：　申込み多数の場合は調整のうえ、別途、連絡させていただきます。

また、申込みが開講可能人数を下回った場合や講師の都合等で中止となる場合もありますのでご了承ください。