

アーク溶接の業務に係る特別教育申込書

受講日		* 受講番号	
ふりがな		(教育修了者台帳)	
受講者氏名		* 修了証番号	
生年月日	S H 年 月 日 (満 才)	第 _____ 号	
緊急連絡先 携帯番号		* 交付日 年 月 日	
現住所	〒 _____		
勤務先	会社名	TEL	
		FAX	
	所在地	担当者名	
		年 月 日	
一般社団法人 白井工業団地協議会 様			
事業者責任者氏名			印

(注 意) * 印は記入しないでください。
太線内はもれなく記入してください。

当特別教育を受講するにあたり、事業主にて実技教育を事前に5時間実施していただいていることが条件となっています。
下記、実技教育修了証明へ事業主より必ず証明をいただいでください。

<h3 style="margin: 0;">アーク溶接の業務に係る特別教育</h3> <h3 style="margin: 0;">実技教育修了証明</h3> <p style="margin: 10px 0;">上記受講者は、労働安全衛生法に基づく特別教育のうちの実技教育 (5時間)を、_____年 _____月 _____日当社にて実施致しました。</p> <p style="margin: 20px 0 0 0;"> 印 </p>

※身分確認の為住所がわかる免許証の写し(コピー)又は、健康保険証の写し(住所記載面もコピー添付してください。この用紙に貼り付けコピーしても可
メールアドレス jimukyoku@shiroikyougikai.jp FAX 047-491-0222