

有接点シーケンス制御の実践技術

現在の生産ラインや、制御機器には、スイッチ、電磁リレー、タイマーを使用した有接点シーケンス制御を使った機器が存在します。制御回路を製作する際や、既存の機器の点検・保守等を行うためには、有接点シーケンス制御の知識や技術が要求されます。

本セミナーでは、スイッチ、電磁リレー、タイマーを使用した課題を取り組むことにより、有接点シーケンス制御回路の設計・製作方法を習得します。

コース概要

- ① 概要
- ② 各種制御機器の種類と接続方法
- ③ 主回路と制御回路
- ④ 総合課題
- ⑤ まとめ

2023年
3月
追加開催

セミナー日程等 (コースNO. 3D960)

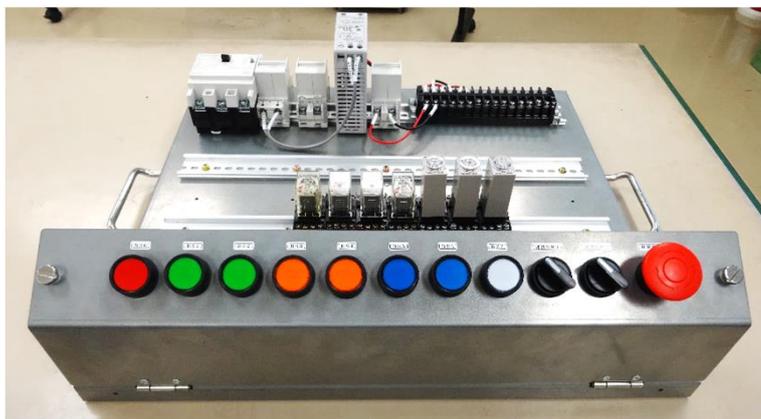
日時 **3/11** (土)、**12** (日) 9:00~16:00

受講料 11,000円

定員 10名

使用機器

自作シーケンスボード
各種制御機器、テスター
工具一式



受講者の声

- ・シーケンスについての配線の仕方や回路について学ぶことができた。
- ・シーケンスを学んだことがなかったが、どういったものを理解できた。
- ・有接点シーケンス制御についての知識が身に付いた。
- ・電気に弱く苦労していたが少しながら理解できた。また、理論が解った事が勉強になった。
- ・会社では学べなかった事が学べた。

能力開発セミナー受講申込書

FAXの際は、コピーしてご利用ください。
受講申込書は、当校HPにもございます。

申込日 年 月 日

| | | | | | | |
|------------------|--|------|---------------|-----|-----------|---|
| コースNo. | 3D960 | 実施期間 | 3/11(土)、12(日) | 受講料 | 11,000 円× | 人 |
| コース名 | 有接点シーケンス制御の実践技術 | | | | | |
| (フリガナ) | | TEL | | - | - | |
| 会社名 | | FAX | | - | - | |
| 団体名 | ※会社が所属している団体の名称を記入して下さい | | | | | |
| 所在地 | 〒 - | | | | | |
| 会社規模 ※該当に✓ | <input type="checkbox"/> A.1~29人 <input type="checkbox"/> B.30~99人 <input type="checkbox"/> C.100~299人 <input type="checkbox"/> D.300~499人 <input type="checkbox"/> E.500~999人 <input type="checkbox"/> F.1,000人以上 | | | | | |
| 業種 ※該当に✓ | <input type="checkbox"/> A.製造業 <input type="checkbox"/> B.建設業 <input type="checkbox"/> C.サービス業 <input type="checkbox"/> D.卸売・小売業 <input type="checkbox"/> E.その他() | | | | | |
| 受講区分 ※該当に✓ | <input type="checkbox"/> 1. 会社からの指示による受講 (受講者が所属する会社の代表の方(事業主、工場長等)に、アンケート調査のご協力をお願いしております。) <input type="checkbox"/> 2. 個人での受講 | | | | | |
| 申込担当者 会社指示の場合 | 部署名 | 氏名 | TEL | - | - | |
| | | | E-mail | | | |

| | |
|--|---|
| 請求書等の送付先に✓をお付け下さい (セミナー開講の2週間前頃にお送りします) | <input type="checkbox"/> 1. 会社あて <input type="checkbox"/> 2. 個人あて (受講者住所欄にご記入下さい) |
|--|---|

| | | | | | |
|---------------------------|----------|--|---|---|--|
| 受講者氏名 | | ●受講するコース内容に関する経験・技能等についてお聞かせください セミナーを進める上での参考とさせていただきます。差し支えない範囲でご記入ください (例：切削加工の作業に5年間従事) | | | |
| (フリガナ) | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | ※ 就業状況(該当に✓) <input type="checkbox"/> 1. 正社員 <input type="checkbox"/> 2. 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 3. その他(自営業等) | | | |
| 受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ) | 〒 - | TEL | - | - | |
| 緊急連絡先 住所 | | FAX | - | - | |
| | | TEL | - | - | |
| 受講者氏名 | | (例：切削加工の作業に5年間従事) | | | |
| (フリガナ) | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | ※ 就業状況(該当に✓) <input type="checkbox"/> 1. 正社員 <input type="checkbox"/> 2. 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 3. その他(自営業等) | | | |
| 受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ) | 〒 - | TEL | - | - | |
| 緊急連絡先 住所 | | FAX | - | - | |
| | | TEL | - | - | |
| 受講者氏名 | | (例：切削加工の作業に5年間従事) | | | |
| (フリガナ) | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | ※ 就業状況(該当に✓) <input type="checkbox"/> 1. 正社員 <input type="checkbox"/> 2. 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 3. その他(自営業等) | | | |
| 受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ) | 〒 - | TEL | - | - | |
| 緊急連絡先 住所 | | FAX | - | - | |
| | | TEL | - | - | |

※セミナー開講2週間前の時点で定員の5割に満たない場合は、コースを中止または日程変更する場合がありますので、あらかじめご了承ください。その場合は、別途ご連絡いたします。

※申込後の取消は、セミナー開講の14日前までにご連絡下さい。それ以降の取消や連絡がない場合は、受講料を負担していただきます。

※緊急事態(地震等)が発生した場合のため、緊急連絡先の住所・電話番号のご記入をお願いします。

※受講料は、税込みです。また、消費税率が変更された場合、受講料を改定する場合がありますのであらかじめご了承ください。

※訓練内容等のご不明点、あるいは安全面・健康上においてご不安な点などございましたら、あらかじめご相談ください。

※当校のセミナーは、雇用調整助成金又は中小企業雇用安定助成金、人材開発支援助成金(旧キャリア形成促進助成金)の対象となります。

○ 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構は「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)を遵守し、保有個人情報を適切に管理し、個人の権利利益を保護いたします。

○ ご記入いただいた個人情報については能力開発セミナーの受講に関する事務処理(連絡、修了証書の交付、修了台帳の整備)及び業務統計、当機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内に使用するものであり、それ以外に使用することはありません。

○ 今後機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等に参加を希望されますか。

希望する 希望しない

お問い合わせ・お申込み先(お申込みは、メールまたはFAX、郵送にてお願いします)

九州職業能力開発大学校 援助計画課
〒802-0985 北九州市小倉南区志井1665-1

TEL: 093-963-8352 FAX: 093-963-0126

Eメール: kyushu-college03@eed.go.jp

* 申込書は、HPからダウンロードできます。



* 機構処理欄

| | | |
|----|------|----|
| 受付 | システム | 備考 |
|----|------|----|

