

家庭用エアコンの故障診断技術を習得したい方へ！

冷凍空調設備の故障診断と予防保全
(コース番号：3H611)

＼こんな方にオススメです／

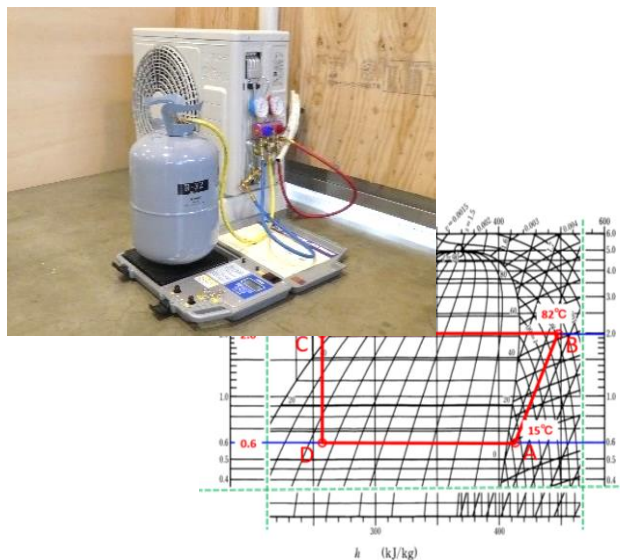
- ☑家庭用エアコンの冷媒充填方法を学びたい方
- ☑P-h線図や湿り空気線図の概要を学びたい方

日時 **5/19(火)~20(水)** 9:00~16:00

場所 **ポリテクセンター岩手**

■内容

- ・エアコンの仕組みと冷凍サイクルについて
- ・エアコンの故障診断と保全技術
 - (1) 運転データの測定実習
 - (2) 冷媒の回収・充填実習他
- ・p-h線図上の冷凍サイクル
- ・湿り空気線図の概要



■持参物

作業服(長袖)、作業帽、筆記用具

■前提知識等：3H601「冷媒配管の施工と空調機器据付け技術」を受講された方
または同等の知識をお持ちの方

【受講料】9,000円(税込) 【定員】10名 【応募締切】5/1(金)

🔊利用者の声

- ・冷凍サイクルにおける冷媒の変化や動きについて理解できた。
- ・理論と実践が結びついた。

主催：独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
岩手支部 岩手職業能力開発促進センター
ポリテクセンター岩手

お問い合わせ：TEL：0198-23-5712

E-mail：iwate-poly01@jeed.go.jp

■お申し込み方法

裏面の受講申込書に必要事項を記入の上、メールまたはFAXでお申込みください。

受講申込書はポリテクセンター岩手のHPからもダウンロードできます。

西暦

20 年 月 日

能力開発セミナー受講申込書

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構岩手支部
岩手職業能力開発促進センター所長 殿

能力開発セミナーについて、訓練内容と受講要件(ある場合のみ)を確認のうえ、下記のとおり申し込みます。

●受講申込コース(同じ項目は「同上」「〃」を記入してください)

コース番号	コース名	受講料	開講日	ふりがな 受講者氏名	性別	生年月日(西暦) <small>修了証書を発行するために必要です</small>	就業 状況	訓練に関連する 経験・技能等
3H611	冷凍空調設備の故障診断と予防保全	9,000	5/19		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 (自営業等)	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 (自営業等)	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 (自営業等)	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 (自営業等)	

●記入者情報(個人でのお申し込みの場合、*印のある欄のみご記入ください。)

申込区分	<input type="checkbox"/> 会社からの申込 <input type="checkbox"/> 個人での申込 (いずれかにチェックしてください)		
(ふりがな)			(ふりがな)
企業名			事業所名
※ 事業所が複数ある場合、所在地の事業所名をご記入ください。			
法人番号			(法人番号がない場合は該当するものに○) A.団体 B.個人事業主 C.個人
所在地* <small>個人の方は住所</small>	〒		
業種 (20種のうち該当するものに○)	A.農業、林業 B.漁業 C.鉱業、採石業、砂利採取業 D.建設業 E.製造業 F.電気・ガス・熱供給・水道業 G.情報通信業 H.運輸業・郵便業 I.卸売業、小売業 J.金融業、保険業 K.不動産業、物品賃貸業 L.学術研究、専門・技術サービス業 M.宿泊業、飲食サービス業 N.生活関連サービス業、娯楽業 O.教育、学習支援業 P.医療、福祉 Q.複合サービス事業 R.サービス業 S.公務 T.分類不能の産業		
従業員数 (該当するものに○)	A.1～29 B.30～99 C.100～299 D.300～499 E.500～999 F.1000～		
担当者 及び 連絡先	ふりがな*		所属部署 役職
	氏名*		FAX*
	TEL*		
	E-mail*		

(注)訓練内容等のご不明な点、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。

● 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。当機構では、必要な個人情報を、利用目的の範囲内で利用させていただきます。

● 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(各種連絡、修了証書交付、アンケート送付等)及び業務統計、当機構の能力開発セミナーや関連するイベント等のご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。