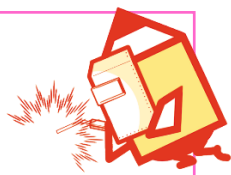


# 半自動アーク溶接技能クリニック

コース番号：4M206

半自動アーク溶接技術のカンドコロ・コツを学ぶ



利用者の声

- ・今までなんとなく行ってきた事を専門的に知る事ができた。
- ・ウィービングをしたことが無かったが、今回のセミナーで技術を身につけることができた。

日

令和7年

1月26日(月)

～27日(火)

時

9:00～15:45(12時間)

受

講

料

お一人様

13,000円

定員

10名様

会場

ポリテクセンター佐賀

(佐賀市兵庫町若宮1042-2)

JR伊賀屋駅から徒歩1分



## ■セミナー概要

受講者の技能レベルに合わせながら、半自動アーク溶接の技能向上を目指します。

半自動アーク溶接実習を通して、適切な溶接施工に関する技能と品質上の問題点の把握及び解決手法を習得します。

※セミナー中の撮影・録音及び録画については原則禁止といたします。

お問い合わせ先

ポリテクセンター佐賀 訓練課事業主支援係

TEL：0952-26-9516 FAX：0952-26-9494



ハロートレーニング  
— 急がば学べ —

／らしく、はたらく、ともに／



# 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  
佐賀支部 佐賀職業能力開発促進センター所長 殿

**FAX:0952-26-9494**

※FAX送信後、右記TEL先に着信確認のお電話をお忘れなくお願いします。

佐賀市兵庫町若宮1042-2

ポリテクセンター佐賀

TEL:0952-26-9516

下記のコースについて、訓練内容等を確認の上、申し込みます。

法人名											事業所名											
法人番号												法人番号が無い場合は以下の該当に○印 1. 団体      2. 個人事業主      3. 個人										
所在地 * 請求書送付先	〒												申込担当者名 *									
	TEL:												FAX:									
企業規模 該当に○印	A. 1~29    B. 30~99    C. 100~299    D. 300~499    E. 500~999    F. 1,000人以上																					
業種 該当に○印	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																					
受講区分 該当に○印	1. 会社からの指示による受講(※1)      2. 個人での受講(※2)																					

※1 受講区分の「1. 会社からの指示による受講」を選択された場合は、受講者が所属する会社の代表者の方（事業主、営業所長、工場長等）にアンケート調査へのご協力をお願いしております。

※2 個人でお申し込みの場合 \*印のある欄のみご記入ください。TEL欄には平日昼間に連絡のつく携帯番号等をご記入ください。

コース 番号	コース名	コース 開始日	受講者氏名・生年月日・性別 (修了証の発行に必要です)		男・ 女	※3 コースに関する職務経験等
4D001	PLC制御の回路技術	4/1	ふりがな	いがや たろう	男	※4 就業状況 ※3, 4それぞれ該当に○印 ① 未経験者 2. 5年未満 2. 5年以上 4. 資格等 有・無
			氏名	伊賀屋 太郎		
			生年月日	西暦 1972年 11月 13日	女	① 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
			ふりがな		男	1. 未経験者 2. 5年未満 2. 5年以上 4. 資格等 有・無
			氏名		女	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
			生年月日	西暦 年 月 日		
			ふりがな		男	1. 未経験者 2. 5年未満 2. 5年以上 4. 資格等 有・無
			氏名		女	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
			生年月日	西暦 年 月 日		
			ふりがな		男	1. 未経験者 2. 5年未満 2. 5年以上 4. 資格等 有・無
			氏名		女	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
			生年月日	西暦 年 月 日		
			ふりがな		男	1. 未経験者 2. 5年未満 2. 5年以上 4. 資格等 有・無
			氏名		女	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
			生年月日	西暦 年 月 日		

※3 訓練を進める上での参考にさせていただくため、今回受講するコース内容に関連した職務経験、資格、教育訓練受講歴等をお持ちの方は差し支えない範囲でご記入下さい。

※4 就業状況の非正規雇用とは、一般的にパート、アルバイト、契約社員などが該当しますが、様々な呼称があるため、貴社の判断で差支えありません。

○ 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。受講区分欄の1を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。

(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がございましたら、あらかじめご相談下さい。

※当センターで実施するセミナーコースはすべて「人材開発支援助成金」の特別訓練コースとして認められています。

※セミナー中の撮影・録音及び録画については原則禁止といたします。