【　　】月 「ガス溶接技能講習会」申込書

1. 申込者及び連絡先

事業所名		ご担当者所属氏名
住　　所	〒	所属： 氏名： ＴＥＬ： ＦＡＸ：
会員区分	愛知県溶接協会・中部冷凍空調協会・ その他（　　）	

2. 受講者

氏名	生年月日	本籍地	現住所
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	S.　H. 年　月　日		〒

3. 受講料

講習会費	受講人数	合計金額	振込先
10,000 円	名	円	三菱東京ＵＦＪ銀行　六番町支店 普通講座　０１６１５８１ 口座名　一般社団法人愛知県溶接協会