

年 月 日

コベルコ溶接テクノ株式会社
溶接研修センター行

TEL:0466-20-3020 FAX:0466-20-3003
メール: kwts.kenshu@kobelco.com

一般溶接研修コース 申込書

★JIS 溶接技能者評価試験受験コースは(様式：JIS)をご利用ください

受講希望コース (□に✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 溶接入門 <input type="checkbox"/> セールスフレッシュマン(藤沢) <input type="checkbox"/> セールスマン(神戸) <input type="checkbox"/> ボイラー学科(□普通 □特別) <input type="checkbox"/> ボイラー実技(□普通 □特別) <input type="checkbox"/> AW 検定 <input type="checkbox"/> その他(_____)
受講期間	年 月 日 () ~ 月 日 () _____ 日間

会社名	個人で受講する場合は記入しない		
書類郵送先 (□に✓を入れる) □会社 □自宅	〒 _____		
電話番号	_____	FAX 番号	_____
担当者	所属・役職	携帯電話番号	_____
	ふりがな氏名	メールアドレス	_____
宿泊手配 (□に✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 要 _____ 月 _____ 日から _____ 泊 <input type="checkbox"/> 不要	弊社契約ホテル: ホテル法華クラブ湘南藤沢(素泊まり・税込 6,270/泊) セールスマン(神戸)の宿泊手配は各自でお願いします	
お車で来所される場合	車種: _____ ナンバー: _____	1. 構内交通ルールを遵守願います 2. 入退場時は必ず警備所にお立ち寄りください 3. 事前に左記申請がない場合は入場できません	

【受講者情報】

No.	ふりがな氏名	性別	生年月日	特記事項
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生(歳)	
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生(歳)	
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生(歳)	
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生(歳)	
5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生(歳)	

● ご質問・ご要望などの連絡事項がありましたら下記にご記入ください。

.....

.....

.....

※注 ご記入いただいた氏名、住所、電話番号等の個人情報は、主に研修に関する手続き、研修コースのご案内、毎年の研修スケジュール等のご案内のため利用します。上記以外の目的には利用いたしません。なお、当社の溶接研修をお申込みいただく場合はこれらの利用目的および弊社ルールに同意したものとみなします。