

アーク溶接 実技訓練証明

受講者名	生年月日
	昭和・平成 年 月 日
受講希望日	
年 月 日	～ 年 月 日

実技訓練証明				
日 時		(役職名)	()	
場 所		講師名		
機械名 (型式・型番)				
訓練 時間	実施時間の欄に ○印記入→		アーク溶接実技訓練 7 時間 以上実施	※いずれか 1つに記入
			アーク溶接実技訓練 10 時間以上実施	
上記の実技訓練は既に実施したことを証明致します。				
年 月 日		事業所名		
		代表者名		会社印
※受講者名と同一は不可				

FAX : [092-408-7613]またはメール : [sh@axtu.org]で
ご提出ください

※受講日(受付時)にこちらの原本を必ずご提出ください



福岡労働局長登録教習機関
一般社団法人 労働安全衛生推進協会(安衛協)

TEL : 092-408-7605