

目指せ  
技能士！

## < 建築配管 >

# 技能検定対策・技能講習のご案内

コース名	配管科 建築配管 技能者講習 <学科・実技>		
日時	令和7年12月13日(土)・20(土) 9時00分~17時00分		
講習内容	学科対策8時間・実技対策8時間(学科のみ、実技のみの分割受講はできません) 過去問題を中心に、解説を交え演習を行います。		
受講料	20,800円(資料・材料代込) ※受講料の振込等につきましては、受付後にご連絡いたします。		
定員	10名	締切	令和7年11月20日(木)
会場	大崎地域職業訓練センター		
申込	所定の <u>受講申込書</u> に必要事項をご記入の上、下記の <u>添付書類</u> を添えて、 FAX(0229-21-9550)または郵送にてお申し込みください。 【添付書類】 従業員の方： <u>雇用保険被保険者確認通知書のコピー</u> 労災保険特別加入者の方： <u>通知書等のコピー</u>		
その他	・申込締切日後の取消はできません。 ・申込数が最低開講人数に達しない場合、止むを得ず中止する場合があります。 ・納入された受講料は当協会の都合による開講中止等の他はお返しできません。		
問合せ 申込先	<b>大崎地域職業訓練センター</b> (大崎地域高等職業訓練校) 〒989-6156 大崎市古川西館三丁目9番10号 電話：0229-22-1509 FAX：0229-21-9550 URL： <a href="http://osaki-kunren.jp/">http://osaki-kunren.jp/</a> E-mail： <a href="mailto:osaki-vtc@coast.ocn.ne.jp">osaki-vtc@coast.ocn.ne.jp</a>		

普通職業訓練短期課程 **配管科 技能者講習 受講申込書**

令和 年 月 日

事業所	事業所名											事業主名											印																				
	事業所在地	〒																																									
	TEL											FAX																															
	E-Mail																																										
	担当者	部署名・役職名										氏名										資本金	万円																				
	雇用保険適用事業所番号											-											-											全従業員数	人								

受講者①	ふりがな											氏名											男女	住	〒																			
	生年月日	S・H 年 月 日										所	TEL ( ) -																															
	雇用保険番号											-											-											雇用年月日	S・H・R 年 月 日									
	職務内容											経験年数	年 ヶ月										最終	中学・高校 短大・大学 専門( )										S・H・R 年 月 卒業・中退										
	訓練コース	配管科・技能者講習 (令和7年12月13日(土)・12月20日(土)《2日間》)																																										
	受検級	1級・2級										○をつけてください。										受検番号																						

※届き次第お知らせください。

受講者②	ふりがな											氏名											男女	住	〒																			
	生年月日	S・H 年 月 日										所	TEL ( ) -																															
	雇用保険番号											-											-											雇用年月日	S・H・R 年 月 日									
	職務内容											経験年数	年 ヶ月										最終	中学・高校 短大・大学 専門( )										S・H・R 年 月 卒業・中退										
	訓練コース	配管科・技能者講習 (令和7年12月13日(土)・12月20日(土)《2日間》)																																										
	受検級	1級・2級										○をつけてください。										受検番号																						

※届き次第お知らせください。

受講者③	ふりがな											氏名											男女	住	〒																			
	生年月日	S・H 年 月 日										所	TEL ( ) -																															
	雇用保険番号											-											-											雇用年月日	S・H・R 年 月 日									
	職務内容											経験年数	年 ヶ月										最終	中学・高校 短大・大学 専門( )										S・H・R 年 月 卒業・中退										
	訓練コース	配管科・技能者講習 (令和7年12月13日(土)・12月20日(土)《2日間》)																																										
	受検級	1級・2級										○をつけてください。										受検番号																						

※届き次第お知らせください。

\*各受講者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写しを添付して下さい。(新規雇用の場合は通知が届き次第、提出して下さい。)

\*この申込書に記載された個人情報は訓練実施の目的以外には使用いたしません。