

# 令和4年度前期整備士講習受講生募集のご案内

令和4年度前期整備士講習を4月下旬より開催する予定ですので、下記内容をご参照の上お申込下さい。なお、ご不明な点は当会教育技術課までお問い合わせ下さい。

## 記

- 講習種目 二級ガソリン自動車、三級自動車ガソリンエンジン
- 募集定員 各種目20名（先着順）  
※ 先着順で定員に達したときは受付を締め切ります
- 受付期間 令和4年4月1日～15日迄
- 講習期間 令和4年4月27日～4年9月14日迄（予定）  
平日（月曜～金曜）23日間で実施、講習時間は9時～16時（6時間）
- 受講料・テキスト代

|        | 〈受講料〉       | 〈テキスト代〉  |
|--------|-------------|----------|
| 二級ガソリン | 40,000円（会員） | 約 8,000円 |
| 三級ガソリン | 40,000円（会員） | 約 7,500円 |

〈会員外の受講料は60,000円です。〉  
※ 受講料は開講時に徴収させていただきます。  
テキスト代は開講時に説明をし別途徴収させていただきます。
- 受講申込先 別添申込書を整備振興会へ提出して下さい。  
各種目とも申込者数が10人未満の場合は実施致しませんのでご了承下さい。

# 受講申込書



福井県自動車整備振興会技術講習所長 殿

|              |              |       |           |          |   |
|--------------|--------------|-------|-----------|----------|---|
| 受講種目         | 整備士講習        |       | 現住所       | 〒        | ※ |
| (フリガナ)<br>氏名 | ( )          |       | TEL ( )   |          |   |
| 生年月日         | 昭和・平成 年 月 日生 | 性別    | 男性・女性     |          |   |
| 最終学歴         | 学校名又は訓練校名    | 科目    | 卒業(修了)年月日 | 卒業(修了)番号 | ※ |
|              |              |       | 年 月 日     |          |   |
| 整備士の種類       |              | 合格年月日 | 合格番号      |          | ※ |
| 三級自動車整備士     |              | 年 月 日 | 第 号       |          |   |
| 二級自動車整備士     |              | 年 月 日 | 第 号       |          |   |

実務経験（一級受講者は最初の二級合格後、二級受講者は最初の三級合格後の実務経験を記入）

| 期間                      | 年月数         | 事業所名及び所在地 | 作業内容  | ※ |
|-------------------------|-------------|-----------|-------|---|
| 年 月<br>～<br>年 月         | 年 ヶ月        | 認証番号 福第 号 |       |   |
| 年 月<br>～<br>年 月         | 年 ヶ月        | 認証番号 福第 号 |       |   |
| 受付時 計                   | 年 ヶ月        | 修了時 計     | 年 ヶ月  | ※ |
| 登録学科試験に合格していますか（どちらか○印） |             | 技能者手帳     | 有 ・ 無 |   |
| している・していない              | 合格年月日 年 月 日 | 入社年月日     | 年 月 日 |   |

上記記入内容について間違いないことを証明します。

又、裏面記載の注意事項についても了承のうえ受講申込致します。 令和 年 月 日

|                 |         |                    |
|-----------------|---------|--------------------|
| 勤務先             | 〒       | 認証番号               |
| 所在地<br>名称       |         | 福第 号               |
| 代表者             | TEL ( ) | ※<br>会員・会員外        |
| 受講者<br>氏名       |         |                    |
| 雇用保険適用<br>事業所番号 | — —     | 雇用保険<br>被保険者番号 — — |

- (注) ・ 認証を取得している事業場は、認証番号を記入して下さい。  
 ・ 雇用保険に加入されている事業場は雇用保険適用事業所番号と雇用保険被保険者番号を、必ず記入して下さい。  
 ・ 実務経験が短縮される場合はその証明書を必ず添付して下さい。  
 ・ 受講料は開講日にお支払下さい。 ・ ※印の太枠は記入しないで下さい。  
 ・ 捨印を必ず押印して下さい。

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 受付者 | ※ | ※ |
|-----|---|---|