町工場技能者コンクール事前研修のお知らせ

参加企業で事前に課題の製作要領の実技研修を希望される場合は、ものづくりマイスター活用事業（実技指導）が利用できます。

溶接技能の実技指導講師の無料派遣及び実技材料の一部提供がされます。
添付の実技指導申請書に必要事項記載し、愛知県溶接協会へ提出してください。
記載内容は添付の記載例をご参照ください。

本実技研修は、愛知県能力開発協会のご協力の下で実施します。

１．対象　　中小企業基本法に定義される企業

２．内容　　登録されたマイスターが実技の指導や技能の疲労を行い、コンクールに向けた訓練を行い技能の育成を手助けします。

３．指導員　　厚生労働省登録のマイスター

４．実施内容　１単位３時間を２回を原則としますが、希望により４回まで可能です。

各企業へ派遣しますが、各企業に設備がない場合は、申請書に会場借用（愛知県溶接協会研修場使用希望と記載してください）

５．申込　　別紙「ものづくりマイスターの活用事業実技指導申請書」に必要事項を記載して(一社)愛知県溶接協会へ提出してください。

先着順に受付します。

６．連絡先　(一社)愛知県溶接協会　町工場技能者コンクール担当

電話　０５２－６５１－６０８４

Fax　０５２－６５１－６０８１

E-Mail　weld@awes.or.jp

（様式第１）

ものづくりマイスター活用事業
実技指導申請書

平成　　年　　月　　日

愛知県職業能力開発協会長　様

住　　所
名　　称
代表者職・氏名　　印

ものづくりマイスター活用事業について、次のとおり申請します。

記

1　実施計画

※　実施日時		平成　年　月　日（　）～平成　年　月　日（　） 時　分～　　時　分　（　　単位、延べ　　時間）
場　　所	会 場 名	
	所 在 地	
	電話番号	
ものづくりマイスター 等 （希望があれば記入）	所　　属	
	講 師 名	
	補 助 者	必要の有無　（　有　・　無　）
内　　容	目　　的	
	職　　種	
	経費見積額 （材料費等）	
指導対象者		

※ 実施日時の全体計画は、様式第４の実技指導日程表を利用し添付するものとする。

2　連絡先

担当者	所　　属	
	職・氏名	
電話番号		
FAX 番号		
E-Mail		

実技指導対象者名簿

1　【作業：　　】

番号	氏　　名	生年月日	所属部署	備　考
1				
2				
3				
4				
5				

2　【作業：　　】

番号	氏　　名	生年月日	所属部署	備　考
1				
2				
3				
4				
5				

（様式第４）

ものづくりマイスター活用事業
実技指導依頼日程表

平成　　年　　月　　日

愛知県職業能力開発協会長　様

住　　所
名　　称
代表者職・氏名　　印

【送付先】　FAX：052-325-5070　　TEL：052-524-2075　　技能振興コーナー

1　実技指導日程表

マイスター名		受講者	人
補助者名		提出回数	回目
実施月日	実施時間	指導内容	
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		
平成　年　月　日（　）	：　～　：　（　）		

（注１）実技指導実施２週間前までに協会長あて提出するものとする。
（注２）　提出後、必ず協会担当者に着信確認すること。（着信が未確認の場合、傷害保険の対象外になる場合がありますので、ご注意ください。）

2　連絡先

担当者	所　　属	
	職・氏名	
電話番号		
FAX 番号		

（様式第１）

ものづくりマイスター活用事業

実技指導申請書（記入例）

平成２８年９月　日

愛知県職業能力開発協会長　様

住　　所
名　　称
代表者職・氏名　　印

ものづくりマイスター活用事業について、次のとおり申請します。

記

1　実施計画

※　実施日時		平成２８年１０月　日(　)、日（　）〇時〇〇分～ 〇時〇〇分（3時間）（２単位、延べ６時間）
場　　所	会 場 名	
	所 在 地	
	電話番号	
ものづくりマイスター 等 (希望があれば記入)	所　　属	
	講 師 名	
	補 助 者	必要の有無　（　有　・　㊟　）
内　　容	目　　的	電気溶接作業技能レベルの向上
	職　　種	電気溶接
	経費見積額 (材料費等)	ものづくりマイスター実技指導要領に基づく
指導対象者		〇〇会社　　従業員　名

※ 実施日時の全体計画は、様式第４の実技指導日程表を利用し添付するものとする。

2　連絡先

担当者	所　　属	
	職・氏名	
電話番号		
FAX 番号		
E-Mail		

実技指導受講者名簿

1　受講者名簿　【作業：電気溶接　　】

番号	氏　　名	生年月日	所属部署	備　考
1				
2				
3				
4				
5				

2　受講者名簿　【職種：　　】

番号	氏　　名	生年月日	所属部署	備　考
1				
2				
3				
4				
5				

様式第４）

ものづくりマイスター活用事業実技指導依頼日程表

平成２８年９月　日

愛知県職業能力開発協会長　様

住　　所
名　　称
代表者職・氏名　　印

【送付先】　**FAX：052-325-5070**　　TEL：052-524-2075　　技能振興コーナー

1　実技指導日程表

マイスター名		受 講 者	人
補助者名	なし	提出回数	1　回目

実施月日	実施時間	指導内容
平成28年10月○日	0：00～0：00（3）	電気溶接作業の基本
平成28年10月○日	0：00～0：00（3）	電気溶接作業の基本
平成　年　月　日	：　～　：　（　）	
平成　年　月　日	：　～　：　（　）	
平成　年　月　日	：　～　：　（　）	
平成　年　月　日	：　～　：　（　）	
平成　年　月　日	：　～　：　（　）	
平成　年　月　日	：　～　：　（　）	
平成　年　月　日	：　～　：　（　）	

（注１）実技指導実施２週間前までに協会長あて提出するものとする。
（注２）提出後、必ず協会担当者に着信確認すること。（着信が未確認の場合、傷害保険の対象外になる場合がありますので、ご注意ください。）

2　連絡先

担当者	所　　属	
	職・氏名	
電話番号		
FAX番号		