

秋職能協第190号  
令和2年6月9日

会員各位

秋田県職業能力開発協会

会長 佐藤 賢一郎



「第二種電気工事士試験（筆記試験）受験準備講習」開催の周知  
について

当協会の職業能力開発事業並びに技能検定事業の推進につきましては、平素より格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当協会で開催しております「認定職業訓練（短期課程）」として、標記の講習を別紙のとおり開催することといたしましたので、ご多忙のところ誠に恐縮に存じますが、この旨を貴団体の関係者あてにご周知くださるようお願い申し上げます。

（お問い合わせ先）

秋田県職業能力開発協会

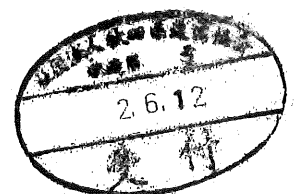
能力開発課 講習担当

〒010-1601

秋田市向浜一丁目2-1

TEL 018-862-3733

FAX 018-824-2052



# 第二種電気工事士試験（筆記試験）受験準備講習 受講案内

1. 日 時 令和2年8月18日(火)・19日(水)・25日(火)・26日(水) 4日間  
午前9時から午後5時まで
2. 会 場 秋田県職業訓練センター (秋田市向浜一丁目2-1)
3. 講習内容 ○電気に関する基礎理論 ○配電理論及び配線設計  
○電気機器、配線器具の鑑別並びに電気工事用材料及び工具  
○電気工事の施工方法 ○一般用電気工作物の検査方法  
○配線図 ○一般用電気工作物の保守に関する法令 ○練習問題
4. 受講経費 10,100円 [テキスト代、資料代を含む]
5. 教 材 第二種電気工事士筆記完全マスター(オーム社)  
電気設備技術基準(オーム社)  
※教材は講習初日にお渡しします。
6. 定 員 30名
7. 持参するもの 印鑑(出席確認のため)、昼食(講習会場に食堂等の施設はございません)、筆記用具
8. 申込締切 令和2年8月6日(木)
9. 申込方法 受講申込用紙に必要事項を記入のうえ、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書」または、「労働者災害補償保険(一人親方等の特別加入者)」のコピーを添えて、郵送で申し込んでください。  
受講料は、「同封してある郵便振替用紙」または「郵便局の窓口にある郵便振替用紙」で振込みをしてください。  
※ 郵便振替用紙の通信欄に「講習名」を必ず明記してください。  
口座名：秋田県職業能力開発協会 口座番号：02280-7-76227  
なお、当協会窓口での申し込みの場合、受講料は振込みまたは現金を添えて申し込みください。
10. その他 (1) 受講票は出しておりません。  
定員になり次第受付は終了いたします。受付ができない場合は当協会から1週間前までに連絡いたします。  
(2) お申込みの変更、欠席について  
受講者の変更、キャンセル、欠席の場合、原則として申込み締切り日までにFAX等で必ずご連絡ください。  
※ 申込み締切り日までにご連絡のない場合は受講料のご返納はできませんのでご注意ください。

(注意) 講習の申し込み手続きをしても、受験の手続きをしたことにはなりません。

★ 講習の申し込み、お問い合わせ先は

秋田県職業能力開発協会 能力開発課

〒010-1601 秋田市向浜一丁目2-1 TEL 018-862-3733 FAX 018-824-2052

◎ 「技能試験」受験準備講習は、下記で実施します。

お問い合わせ先：秋田県立大曲技術専門校 民間訓練支援室

〒014-0052 大仙市大曲川原町2-30 TEL 0187-62-6321

## 第二種電気工事士試験(筆記試験) 受験準備講習 申込書

秋田県職業能力開発協会長 様

年 月 日

ふりがな			最終学歴(○印をしてください)		
受講者氏名			【中・高・高専・短大・大学】	卒業	
生 年 月 日	↓該当項目を○で囲んでください (昭和・平成) 年 月 日生 (年齢 才)				
現 住 所	〒 -		TEL ( )		
本 籍	県(県名のみ記入してください。)				
該当項目欄に✓印をしてください	<input type="checkbox"/> 雇用されている者 ( <input type="checkbox"/> 常用・ <input type="checkbox"/> 臨時 )、 <input type="checkbox"/> 事業主、 <input type="checkbox"/> 役員、 <input type="checkbox"/> 自営				
勤務先 所在地 事業所名	TEL ( ) / FAX ( )				
	〒 -				
	雇用年月日	年 月 日			
注(1) 雇用保険	資格取得年月日	年 月 日			
	被保険者番号				
	事業所番号				
	雇用保険事業所 従業員数	人			
注(2) 労働者災害補償保険 (一人親方等の特別加入者)	適用年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
	保険番号				
注(3) 雇用証明 所在地 事業所名 代表者氏名	TEL ( ) / FAX ( )				
	〒 -				
	(印)				
注(4) 受講料振込年月日 (どちらか○で囲んでください)	年 月 日 (済・予定)				

- 注 (1)(2)「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書」または「労働者災害補償保険(一人親方等の特別加入者)」のコピーを添付してください。
- (3) 雇用証明に関する事項を記入してください。
- (4) 郵便局に振込みをする場合、「振り込みした日」または「振り込み予定日」を必ず記入してください。