

クリーニング師研修受講申込書(第1型)

令和 年 月 日

公益財団法人全国生活衛生営業指導センター理事長 殿

氏 名 _____

令和 年 月 日 (会場名 福岡市・北九州市) に開催されるクリーニング師研修を受講したいので、受講料を添えて申し込みます。

※ 受講を希望される会場名を○で囲んでください

1 受講するクリーニング師

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		T・S・H 年 月 日生 (才)
免許取得	S・H・R 年 月 日	都 道 府 県 第 号
現 住 所	〒 TEL ()	-

2 勤務するクリーニング所名

名 称		届出保健所名
		保健所
所 在 地	〒 TEL ()	- FAX() -

3 過去にクリーニング師研修を受講したことがありますか。

1 ない	2 ある (前回受講 : 年 月 日 頃)
------	-------------------------

(注) お預かりした貴方の個人情報及び今後お預かりする貴方の個人情報につきましては、研修及び講習の目的以外には使用いたしません。