

(様式第 4 号の 1 - 2)

クリーニング師研修受講申込書 (第 2 型)

平成 年 月 日

財団法人 全国生活衛生営業指導センター理事長 殿

氏 名 ㊟

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。

1. 受講するクリーニング師

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		大昭平 年 月 日生
免許取得	昭和 平成 年 月 日	都道第 号 府 県
本 籍 地		都 道 府 県
現 住 所	〒 (TEL) () -	

2. 勤務するクリーニング所

		届出保健所名
名 称		保健所
所 在 地	〒 (TEL) () -	

注 1 現住所は何々方、何々アパート部屋番号、何々マンション何号室等詳記してください。

注 2 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、研修及び講習の受講管理事務以外では利用いたしません。