

# (通信制)

## クリーニング師研修受講申込書 (第2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 \_\_\_\_\_ (印)

クリーニング師研修(第2型 通信制)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 ( 才)
免許取得	昭和 平成 年 月 日 令和	都 道 府 県 第 号
現 住 所	〒 TEL:( ) -	
受講者の該当するところに○を付けてください。	1 交通不便なへき地離島等の方 2 身体の不自由な方 3 特別な理由により当日会場で受講できなかった方 ア 冠婚葬祭 イ 病気 ウ 業務の都合 エ その他( )	

### 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) 現住所は何方、何々アパート部屋番号、何々マンション何号室等詳しく記入してください。

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使用いたしません。