

クリーニング師研修受講申込書 (第1型)

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

年 月 日 (会場名) に開催される下記の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 (該当する研修に○)。

- 1 クリーニング師研修
- 2 クリーニング師研修 (特別管理産業廃棄物管理責任者資格取得講習を含む)
- 3 クリーニング師研修 (特別管理産業廃棄物管理責任者資格取得講習のみ)

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 令和	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

		届出保健所名
名 称		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。