（様式第２号の１－２）

クリーニング師研修受講申込書（第２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　　㊞

クリーニング師研修（第２型）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　　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）（　）　－	

注１　現住所は何々様方、マンション・アパート名及び部屋番号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、研修及び講習の目的以外には使用いたしません。