

クリーニング師研修受講申込書（第1型）

令和 年 月 日

（公財）全国生活衛生営業指導センター理事長 様

月 日 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

1. 受講するクリーニング師

フリガナ		大 昭 平 年 月 日生
氏 名	Ⓜ	
免許取得	年 月 日	第 号
現住所	〒 -	
T E L		

2. 勤務するクリーニング店

名 称	
所在地	〒 -
T E L	
F A X	
届出保健所	

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。

申し込みは（公財）石川県生活衛生営業指導センター（FAX 076-259-6516）
あてに郵送又はFAXでして下さい。