

クリーニング師研修受講申込書（第1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 _____ ⑩

☐ 令和6年8月25日（日） 大船渡会場

☐ 令和6年9月29日（日） 二戸会場 でのクリーニング師研修を受講したいので申し込みます。

☐ 令和6年11月17日（日）盛岡会場 (ご希望の会場の□に「✓」を付けてください。)

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 第 号 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 : () - 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
-------	-------

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、研修及び講習の受講管理事務以外では使用いたしません。