クリーニング師研修２型（通信制）申込書　複数人用

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**令和　　年　　月　　日**

　 **公益財団法人　宮城県生活衛生営業指導センター　殿**

 **営業者氏名 印**

□ 第1回　令和5年 8月25日(金)締切

□ 第2回　令和5年11月17日(金)締切

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。

(ご希望の回の□に「✓」を付けてください。)

**勤務するクリーニング所または取次店**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № |  | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 届出保健所 |  |

**受講するクリーニング師**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 | 生年月日年齢 | 免許取得免許番号 | 住　　　　所 | 電話番号 |
|  | S・H 　年　月 　日（　　　）才 | 　　　　都道府県第　　号 | 〒講習受講回数　初めて、　　回目（前回　年　月） | 講 |
|  | S・H 　年　月 　日（　　　）才 | 　　　　都道府県第　　号 | 〒講習受講回数　初めて、　　回目（前回　年　月） |  |
|  | S・H 　年　月 　日（　　　）才 | 　　　　都道府県第　　号 | 〒講習受講回数　初めて、　　回目（前回　年　月） |  |
|  | S・H 　年　月 　日（　　　）才 | 　　　　都道府県第　　号 | 〒講習受講回数　初めて、　　回目（前回　年　月） |  |
|  | S・H 　年　月 　日（　　　）才 | 　　　　都道府県第　　号 | 〒講習受講回数　初めて、　　回目（前回　年　月） |  |