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

令和8年1月25日（会場名:JA・AZMホール　宮崎市霧島１－１－１）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

ﾌﾘｶﾞﾅ	
氏　名	印
生年月日	明・大 昭・平　　年　　月　　日
免許取得	昭・平 令　　年　月　日　都道府県 第　　号
現住所	〒
TEL	

２．勤務するクリーニング店または取次店

名　称	
所在地	〒
TEL	
FAX	
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:平成　　年　　月　　日頃）

（注）お預りした貴方の個人情報及び今後お預りする貴方の個人情報につきましては、研修の目的以外には使用いたしません。