クリーニング師研修第2型（通信制）受講申込書

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4年度クリーニング師研修第2型（通信制）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	

※　記入の際は、同封の「クリーニング師研修受講申込書（第1型）」の各欄に印刷されている内容を参考にしてください。

3．クリーニング師研修第２型（通信制）実施要領の該当項目（該当する番号に〇をつけてください。）

受講対象者	（1）　交通の不便な地域等にお住まいで会場での受講が相当困難な方
	（2）　身体が不自由で会場での受講が困難な方
	（3）　急な行事、業務、病気等特別な事情で会場での受講ができない方

（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。