

クリーニング師研修受講申込書

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 _____ 印 _____

年 月 日(会場名: _____)に開催される下記の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 クリーニング師研修

1. 受講するクリーニング師

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		大 昭 年 月 日生(才) 平
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

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 (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。