

令和8年 月 日

クリーニング師研修（第2型：通信制）受講申込書

（公財）山口県生活衛生営業指導センター理事長 殿

氏 名 _____

（法人の場合は名称及び代表者氏名）

クリーニング師研修（第2型：通信制）を受講したいので、所定の口座に受講料を振り込み、下記のとおり申し込みます。

記

1 受講するクリーニング師

ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	年 月 日生 (歳)
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

名 称		届出 保健所名	保健所
※ 所 在 地	〒 Tel () - Fax () -		

※ 受講票は、勤務先に送付しますので、正確に記入してください。

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。

<受講者が2名以上の場合は、この申込書をコピーして使用してください。>