

FAX 番号：06-6946-9306

(様式第2号の2)

クリーニング師研修受講申込書

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 様

氏名

令和 年 月 日 (会場名：) 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

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日 (才)
免許取得	年 月 日	府・県 第 号
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 — —	

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