

(様式第2号の1)

クリーニング師研修受講申込書 (第1型)

平成29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

受講希望日 (どちらかに○をして下さい)	第1回	平成29年 9月24日(日)
	第2回	平成29年11月26日(日)

1. 受講するクリーニング師

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		大昭平 年 月 日生(才)
免許所得	昭和 平成 年 月 日	都 道 府 県 第 号
現住所	〒 _____ (TEL) (_____)	_____

2. 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: 平成 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。