

(様式第2号の1)

クリーニング師研修受講申込書 (第1型)

2019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	2019年 9月22日 (日)
	第2回	2019年 11月17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)	
免許取得	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

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。