

クリーニング師研修 受講申込書(第1型)(第2型)

令和 4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

(法人の名称)

職・氏名

(法人にあつては名称並びに代表者又は責任者の職・氏名)

受講希望日 (どちらかに○をして下さい)	1 第1型 令和 4 年 11 月 19 日(土)
	2 第2型 令和 4 年 9 月 開始

受講希望の従事者名と取次店名	フリガナ		男 ・ 女
	クリーニング師の氏名		大正 昭和 年月 日生()歳 平成
	住 所	〒 - (TEL) () -	
	勤務するクリーニング所名 又は取次店名		届出保健所名 保健所
	所在地	〒 - (TEL) () - (FAX) () -	
過去にクリーニング師研修会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 令和 年 月 日頃)			

- 注1) クリーニング業者(代表者又は責任者)の方がお申込みしてください。
注2) 2名以上のクリーニング師を受講させる場合は、本紙をコピーして記入して下さい。
注3) お預かりした着方の個人情報及び今後お預かりする着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。

※ 振込手数料は、「ご依頼人負担」となりますので、ご承知おき下さい。
また、振込依頼書の「ご依頼人」欄が、受講者個人名でない場合は、お手数ですが「依頼人名」を、下記欄内にご記入下さい。

ご依頼人名	
-------	--