

クリーニング師研修 受講申込書(第1型)

令和 7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

(法人にあっては名称及び代表者又は責任者の職・氏名)

受 講 希 望 日 (どちらかに○をしてください)	1	令和 7 年 9 月 10日 (水)
	2	令和 7 年 10 月 5日 (日)

受講希望クリーニング師	フリガナ			男 ・ 女
	クリーニング師の氏名			昭和 平成 年 月 日生()歳
	住 所	〒 - (TEL) () -		
	勤 務 先 名		届出保健所名	
			保健所	
	所 在 地	〒 - (TEL) () - (FAX) () -		
過去に群馬県で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)				
1 ないを選んだ方はご記入ください。 免許取得日 免許取得県 番号				
領収書の発行について 1 個人名 2 勤務先名 1か2に○をお願いします。				

注1) クリーニング営業者(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) 本研修受講に係る一切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。