

クリーニング師研修 受講申込書(会場集合)

令和 8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 宛

(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 8年 9月 15日 (火)
	2	令和 8年 10月 4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。