

クリーニング師研修受講申込書（第1型 会場集合研修）

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

年 月 日（会場名）に開催される

第1型 会場集合クリーニング師研修を受講したいので申し込みます。

1 受講するクリーニング師

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		大正 昭和 年 月 日生（ 歳） 平成
免許取得	昭和 平成 年 月 日 令和	都 道 第 号 府 県
現住所	〒	TEL

2 勤務するクリーニング所

名 称		届出保健所名
		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： 年 月 日頃）
------	------	----------------

注1 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。

注2 受講料は、研修当日持参(受講者1名につき5,000円)