

クリーニング師研修等受講申込書(記入式)

(別紙4)

FAX 099-222-8333

令和 年 月 日

公益財団法人 鹿児島県生活衛生営業指導センター理事長 殿

クリーニング師研修等を受講しますので、申し込みます。(案内書の送付がなかった方用)

勤務先等	事業所所在地 電話番号	受講する人の氏名、住所等 クリーニング師免許番号等	
1 事業所等名 _____ 営業者名 _____ 勤務先名 _____	〒 所在地 _____ TEL _____	ふりがな 氏 名 _____	男・女 _____
		生年月日 昭和・平成 年 月 日 〒 住所 _____ TEL _____	
(希望する研修に○印) <input type="checkbox"/> 鹿児島市会場でクリーニング師研修の受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 鹿児島市会場でクリーニング師研修と特管物管理責任者資格取得講習の両方の受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 鹿児島市会場で特管物管理責任者資格取得講習のみの受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 鹿屋市会場でクリーニング師研修の受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 通信制で受講を申し込みます。(支払方法：振込・書留)		クリーニング師免許(都道府県名： _____) 第 _____ 号 昭和・平成 年 月 日	
2 事業所等名 _____ 営業者名 _____ 勤務先名 _____	〒 所在地 _____ TEL _____	ふりがな 氏 名 _____	男・女 _____
		生年月日 昭和・平成 年 月 日 〒 住所 _____ TEL _____	
(希望する研修に○印) <input type="checkbox"/> 鹿児島市会場でクリーニング師研修の受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 鹿児島市会場でクリーニング師研修と特管物管理責任者資格取得講習の両方の受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 鹿児島市会場で特管物管理責任者資格取得講習のみの受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 鹿屋市会場でクリーニング師研修の受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 通信制で受講を申し込みます。(支払方法：振込・書留)		クリーニング師免許(都道府県名： _____) 第 _____ 号 昭和・平成 年 月 日	
3 事業所等名 _____ 営業者名 _____ 勤務先名 _____	〒 所在地 _____ TEL _____	ふりがな 氏 名 _____	男・女 _____
		生年月日 昭和・平成 年 月 日 〒 住所 _____ TEL _____	
(希望する研修に○印) <input type="checkbox"/> 鹿児島市会場でクリーニング師研修の受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 鹿児島市会場でクリーニング師研修と特管物管理責任者資格取得講習の両方の受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 鹿児島市会場で特管物管理責任者資格取得講習のみの受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 鹿屋市会場でクリーニング師研修の受講を申し込みます。 <input type="checkbox"/> 通信制で受講を申し込みます。(支払方法：振込・書留)		クリーニング師免許(都道府県名： _____) 第 _____ 号 昭和・平成 年 月 日	

(注) ・申込みはクリーニング営業者(代表者又は責任者)が行ってください。
 ・通信制を申し込まれた場合は、支払方法に○印を付けてください。
 ・お預かりする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。