

クリーニング師研修等受講申込書 [会場受講・通信制受講共用]

(別紙1)

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。(案内書が届かなかった方用)

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 _____	フリガナ 氏 名 生年月日 昭和・平成 年 月 日	男・女 _____
		〒 住所 TEL _____	
右欄のうち希望する研修に○印を付けて下さい。	<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"/> 奄美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"/> 薩摩川内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(第2型)で受講を申し込みます。(支払方法: 振込・書留) ※いずれかを○で囲むこと。		
2 事業所等名 _____ 営業者名 _____ 勤務先名 _____ _____	〒 所在地 TEL _____	フリガナ 氏 名 生年月日 昭和・平成 年 月 日	男・女 _____
		〒 住所 TEL _____	
右欄のうち希望する研修に○印を付けて下さい。	<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"/> 奄美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"/> 薩摩川内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(第2型)で受講を申し込みます。(支払方法: 振込・書留) ※いずれかを○で囲むこと。		
3 事業所等名 _____ 営業者名 _____ 勤務先名 _____ _____	〒 所在地 TEL _____	フリガナ 氏 名 生年月日 昭和・平成 年 月 日	男・女 _____
		〒 住所 TEL _____	
右欄のうち希望する研修に○印を付けて下さい。	<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"/> 奄美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"/> 薩摩川内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(第2型)で受講を申し込みます。(支払方法: 振込・書留) ※いずれかを○で囲むこと。		

(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。
 ・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。