

クリーニング師研修受講申込書〔会場受講・通信制共用〕

(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を以下のとおり申し込みます。**（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	〒 所在地	ふりがな 氏 名	男・女
	営業者名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先名		〒 住所	
			TEL	
		TEL	クリーニング師免許(都道府県名：) 第 号 年 月 日	
	右欄のうち希望する研修に○印を付けて下さい。	☐ 鹿児島市会場でクリーニング師研修の受講を申込みます。 ☐ 霧島市会場でクリーニング師研修の受講を申込みます。 ☐ 通信制（第2型）で受講を申込みます。（支払方法： 振込 ・ 書留 ）※いずれかを○で囲むこと。		
2	事業所等名	〒 所在地	ふりがな 氏 名	男・女
	営業者名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先名		〒 住所	
			TEL	
		TEL	クリーニング師免許(都道府県名：) 第 号 年 月 日	
	右欄のうち希望する研修に○印を付けて下さい。	☐ 鹿児島市会場でクリーニング師研修の受講を申込みます。 ☐ 霧島市会場でクリーニング師研修の受講を申込みます。 ☐ 通信制（第2型）で受講を申込みます。（支払方法： 振込 ・ 書留 ）※いずれかを○で囲むこと。		
3	事業所等名	〒 所在地	ふりがな 氏 名	男・女
	営業者名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先名		〒 住所	
			TEL	
		TEL	クリーニング師免許(都道府県名：) 第 号 年 月 日	
	右欄のうち希望する研修に○印を付けて下さい。	☐ 鹿児島市会場でクリーニング師研修の受講を申込みます。 ☐ 霧島市会場でクリーニング師研修の受講を申込みます。 ☐ 通信制（第2型）で受講を申込みます。（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。