

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。	<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(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 _____	〒 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。	<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(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 _____	〒 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。	<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(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。