

クリーニング業務従事者講習 第2型(通信制)受講申込書

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

クリーニング所名 _____
〒 _____
所在地 _____
TEL _____
営業者名 _____

通信制 クリーニング業務従事者講習に次の者を受講させたいので、申し込みます。

Table with 4 main rows for applicant information. Each row includes: 勤務先(店名), 所在地(〒, 所在地, TEL), 受講する人の氏名(ふりがな, 氏名), 性別(男・女), 支払方法(振込・書留), and a question about past participation in the training course.

- 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。
・取次所については(直営・非直営)に○印を付けてください。
・性別、過去の受講の有無に○印を付けてください。
・受講料支払方法(振込:銀行振込、書留:郵便書留)に○印を付けてください。
また、受講料の送金(振込)は、テキスト等教材の発送の都合上早めをお願いします。
・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。