

※受講番号	管理美容師資格認定講習会申込書			※修了証書受領印
	(受講者原簿)			
京都府美容業生活衛生同業組合 理事長 殿				平成 年 月 日
写真貼付欄 (自分で貼らないでください)	ふりがな			
	受講者氏名	(印)		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
	美容室名	電話番号 - -		
本籍地	都道府県 (都道府県名のみを書く)			
現住所	郵便番号 - 電話番号 - -			
昼間に連絡の取れる電話番号 - -		FAX番号 - -		
免許取得年月日		免許番号		※照合者
平成 年 月 日 昭和		東京都 北海道 府 第 号 県		
業務歴	期 間	店 名	開設者氏名	所 在 地
免許取得後、 現在までの 業務歴を記入すること	年 月 日から 年 月 日まで (年 月間)			
	年 月 日から 年 月 日まで (年 月間)			
	年 月 日から 年 月 日まで (年 月間)			
免許取得後 美容業務従事年数	年 月		従業員としての従事年数	年 月
			経営者としての従事年数	年 月
管理美容師資格認定講習会を受講したいので関係書類及び講習料を添えて申し込みます。				
※受講会場		※修了証書交付年月日		※修了証書番号
京都テルサ		平成 年 月 日		第 号
注意	※印欄は記入しないこと。 業務歴の記載は何年から〇〇美容室・店主名・所在地……で免許取得後実務についてを明確に記入すること			
(備考)				