

(保健所管内)

ク リ ー ニ ン グ 師 試 験 受 験 願 書

年 月 日

新 潟 県 知 事 様

氏 名

電話番号

令和 8 年 10 月 14 日 施 行 の ク リ ー ニ ン グ 師 試 験 を 受 け た い
の で 関 係 書 類 を 添 え て 出 願 し ま す。

〒

住 所

(ふりがな)

氏 名

(男 ・ 女)

生年月日

個人番号

(添付書類)

- 履 歴 書
- ク リ ー ニ ン グ 師 試 験 の 受 験 資 格 を 有 す る こ と を 証 す る 書 類

(切ってはいけません)

令和8年度クリーニング師試験受験者

氏名

〒

住所

生年月日

(歳)

※受験番号

写 真

縦4.5cm × 横3.5cm

写真裏面に氏名及び
撮影年月日を記入