



Division of Licensing Services

New York State
Department of State
Division of Licensing Services
Appearance Enhancement
P.O. BOX 22049
Albany, NY 12201-2049
客户服务: (518) 474-4429
www.dos.ny.gov

实习美甲师时间记录

姓名 姓氏 _____ 名字 _____ 中间名 _____ 唯一识别号 _____

家庭住址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮编+4 _____

涵盖时段 自 _____ 20 _____ 至 _____ 20 _____

重要须知 - 请勿丢失此记录。

- ➔ 在培训期间，您应记录下工作时长以及在此期间为您提供指导的人员的姓名。这将对您提供保护并确定您以实习美甲师身份工作了一年。
- ➔ 在此表第 2 页记录每天工作的小时数。
- ➔ 被要求提供时向州调查员出示此表。
- ➔ 如果您离开美容店或完成了培训，请在下方的“聘用记录”部分中填写相关信息。

如需更多表单，可随意复印此表，次数不限。

聘用记录

美容店名称	地址	自	至

