

# クリーニング業務従事者講習受講申込書(第2型)

令和 年 月 日

公益財団法人全国生活衛生営業指導センター理事長 殿

(クリーニング所名)

---

(代表者名)

---

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、受講料を添えて申し込みます。

1	ふりがな		男 ・ 女		
	従事者の氏名		T・S・H 年 月 日生 ( 才)		
	住所	〒 TEL ( ) -			
	勤務するクリーニング所名又は取次店名			届出保健所名	
				保健所	
所在地	〒 TEL ( ) - FAX( ) -				
2	ふりがな		男 ・ 女		
	従事者の氏名		T・S・H 年 月 日生 ( 才)		
	住所	〒 TEL ( ) -			
	勤務するクリーニング所名又は取次店名			届出保健所名	
				保健所	
所在地	〒 TEL ( ) - FAX( ) -				

(注)1 お申込は、クリーニング業者(代表者又は責任者)の方がしてください。

(注)2 3名以上の業務従事者を受講させる場合は、別紙に記入してください。

(注)3 お預かりした貴方の個人情報及び今後お預かりする貴方の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。

クリーニング業務従事者講習受講申込書(第2型)の別紙

3	ふりがな		男 ・ 女
	従事者の氏名		T・S・H 年 月 日生 ( 才)
	住 所	〒 TEL ( ) -	
	勤務するクリーニング所名又は取次店名	届出保健所名	
		保健所	
所在地	〒 TEL ( ) - FAX( ) -		
4	ふりがな		男 ・ 女
	従事者の氏名		T・S・H 年 月 日生 ( 才)
	住 所	〒 TEL ( ) -	
	勤務するクリーニング所名又は取次店名	届出保健所名	
		保健所	
所在地	〒 TEL ( ) - FAX( ) -		
5	ふりがな		男 ・ 女
	従事者の氏名		T・S・H 年 月 日生 ( 才)
	住 所	〒 TEL ( ) -	
	勤務するクリーニング所名又は取次店名	届出保健所名	
		保健所	
所在地	〒 TEL ( ) - FAX( ) -		