

FAX 番号 : 06-6946-9306

(様式第4号の2-2)

クリーニング業務従事者講習受講申込書

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

氏 名 _____ 印 _____

(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

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。

ふりがな		
従事者氏名		年 月 日生
住 所	〒 -	[TEL] () -
勤務するクリーニング所名 又は取次店名 所在地	〒 -	[TEL] () -
届出保健所名		保健所 (大阪市域では、生活衛生監視事務所)
過去の受講	有り (年頃)	無し

- 注1 申込みは、クリーニング業者がしてください。
(業者が法人で 代表者印の押印が困難な場合は、その旨を記しておいてください)
- 注2 2名以上の業務従事者を受講させる場合は、この用紙をコピーしていただき、別途ご記入願います。
- 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受講管理事務以外では利用いたしません。