FAX番号：０６－６９４６－９３０６
または、メール添付 osaka_center@seiei.or.jp

（様式第２号の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

（法人の名称）

氏　名

（法人にあっ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。

１．受講する業務従事者

ふりがな		男　・　女
従事者の氏　名		年　　月　　日生（　　才）
現住所（従事者）	〒 TEL　　—　　— E-Mail	

２．勤務するクリーニング所　　【事業所コード：（８桁）　　】

名　称		届出保健所名 保健所
所在地	〒 TEL　　—　　— E-Mail	

３．過去にクリーニング従事者講習を受講したことがありますか。

１．な　い　　２．あ　る　（　前回受講：　　年　　月　　日頃　）

注１　申込みは、クリーニング営業事業者名でしてください。
（営業者が法人で　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。