

(様式第2号の2-2)

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

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		男	女
従事者の氏名		西暦	年 月 日生 (才)
住所	〒 (TEL) () ー		
勤務するクリーニング所又は取次店名			届出保健所名 保健所
所在地	〒 (TEL) () ー (FAX) () ー		
ふりがな		男	女
従事者の氏名		西暦	年 月 日生 (才)
住所	〒 (TEL) () ー		
勤務するクリーニング所又は取次店名			届出保健所名 保健所
所在地	〒 (TEL) () ー (FAX) () ー		

注1 申込みは、クリーニング業者(代表者又は責任者)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お預かりする貴方の個人情報につきましては、講習会の目的以外には使用しません。

(様式第2号の2別紙)

ふりがな			男	女
従事者の氏名	西暦	年	月	日生(才)
住所	〒 (TEL) () ー			
勤務するクリーニング所又は取次店名	届出保健所名			
	保健所			
所在地	〒 (TEL) () ー (FAX) () ー			
過去に業務従事者講習会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)				
ふりがな			男	女
従事者の氏名	西暦	年	月	日生(才)
住所	〒 (TEL) () ー			
勤務するクリーニング所又は取次店名	届出保健所名			
	保健所			
所在地	〒 (TEL) () ー (FAX) () ー			
過去に業務従事者講習会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)				
ふりがな			男	女
従事者の氏名	西暦	年	月	日生(才)
住所	〒 (TEL) () ー			
勤務するクリーニング所又は取次店名	届出保健所名			
	保健所			
所在地	〒 (TEL) () ー (FAX) () ー			
過去に業務従事者講習会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)				