

1	ふりがな		男 ・ 女
	従事者の氏名		大昭平 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) ( ) -		

過去に業務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：平成 年 月 日頃)

2	ふりがな		男 ・ 女
	従事者の氏名		大昭平 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) ( ) -		

過去に業務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：平成 年 月 日頃)

3	ふりがな		男 ・ 女
	従事者の氏名		大昭平 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) ( ) -		

過去に業務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：平成 年 月 日頃)