

(通信制)

クリーニング業務従事者講習受講申込書 (第2型)

平成 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

営業者氏名 _____ 印

クリーニング業務従事者講習に (第2型 通信制) を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	大昭平	年	月	日生()才
	従事者氏名						
	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					
受講者の該当するところに○を付けてください。	1 交通不便なへき地離島等の方 2 身体の不自由な方 3 特別な理由により会場で受講できなかった方 ア 冠婚葬祭 イ 病気 ウ 業務の都合 エ その他()						
2	ふりがな		男・女	大昭平	年	月	日生()才
	従事者氏名						
	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					
受講者の該当するところに○を付けてください。	1 交通不便なへき地離島等の方 2 身体の不自由な方 3 特別な理由により会場で受講できなかった方 ア 冠婚葬祭 イ 病気 ウ 業務の都合 エ その他()						

注1) 申込みは、クリーニング業者がしてください。

注2) 3名以上の申込みはこの用紙をコピーしてお使いください。

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、研修及び講習の受講管理事務以外では利用いたしません。