

(様式第2号の1)

クリーニング師研修受講申込書 (第1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

氏 名 (印)

平成 年 月 日 (会場名) に開催される下記のクリーニング師研修を受講したいので、受講料を添えて申し込みます (該当する研修に○)。

- 1 クリーニング師研修
- 2 クリーニング師研修 (特別管理産業廃棄物管理責任者資格取得講習を含む)
- 3 クリーニング師研修 (特別管理産業廃棄物管理責任者資格取得講習のみ)

1. 受講するクリーニング師

ふりがな		
氏 名	男 ・ 女	
	大昭平	年 月 日生 (才)
免許取得	昭和 平成 年 月 日	都 道 第 号 府 県
現住所	〒 (TEL) () -	

2. 勤務するクリーニング所

勤務するクリーニング所		届出保健所名
名 称		保健所
所在地	〒 (TEL) () - (FAX) () -	

3. 過去にクリーニング師研修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)

注) 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、研修及び講習の目的以外には使用いたしません。

クリーニング業務従事者講習受講申込書 (第1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

(法人の名称)

氏 名

(法人にあっては名称並びに代表者又は責任者の職氏名)



平成 年 月 日 (会場名)

) 開催のクリーニング業務

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	大昭平			
住所	〒	(TEL) ()	(TEL) ()	-	
勤務するクリーニング又は名所取	〒	(TEL) () (FAX) ()	届出保健所名		保健所
			所在地		

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)

注1 申込みは、クリーニング営業者 (代表者又は責任者) がしてください。
 注2 2名以上の業務従事者を受講させる場合は、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今後お預かりする貴方の個人情報につきましては、講習の目的以外には使用いたしません。

ふりがな	-----		男	・	女
	従事者の氏名	大昭平			
住所	〒	(TEL) ()	(TEL) ()	-	
勤務するクリーニング又は名所取	〒	(TEL) () (FAX) ()	届出保健所名		保健所
			所在地		

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)

ふりがな	-----		男	・	女
	従事者の氏名	大昭平			
住所	〒	(TEL) ()	(TEL) ()	-	
勤務するクリーニング又は名所取	〒	(TEL) () (FAX) ()	届出保健所名		保健所
			所在地		

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)

クリーニング師研修受講申込書（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

氏 名 ①

クリーニング師研修（第2型）を受講したいので、受講料を添えて申し込みます。

1. 受講するクリーニング師

ふりがな			男	・	女	
氏 名			大 昭 平	年	月	日生(才)
	昭和 平成	年 月 日		都 道 府 県	第	号
免許取得						
現住所	〒 (TEL) () -					

2. 勤務するクリーニング所

勤務するクリーニング所		届出保健所名
名 称		保健所
所 在 地	〒 (TEL) () -	-
	(FAX) () -	-

注1 現住所は何々様方、マンション・アパート名及び部屋番号等詳記してください。

注2 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、研修及び講習の目的以外には使用いたしません。

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

(法人の名称)

氏 名

印

(法人にあつては名称並びに代表者又は責任者の職氏名)

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	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) () -	
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) () -	

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今後お預かりする貴方の個人情報につきましては、講習の目的以外には使用いたしません。