（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）

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）

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、クリーニング営業者（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。