

クリーニング業務従事者講習受講申込書（通信制）

令和 年 月 日

（公財）全国生活衛生営業指導センター理事長 様

氏 名 _____ ⑩

（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

フリガナ			
従事者の氏名		男・女	大昭平 年 月 日生
従事者の住所	〒	Tel () -	
勤務する店舗名	○をつけてください クリーニング所・取次店		
店舗所在地	〒	Tel () -	
テキスト送付先	※希望に○をつけて下さい→		本店・勤務店・自宅

フリガナ			
従事者の氏名		男・女	大昭平 年 月 日生
従事者の住所	〒	Tel () -	
勤務する店舗名	○をつけてください クリーニング所・取次店		
店舗所在地	〒	Tel () -	
テキスト送付先	※希望に○をつけて下さい→		本店・勤務店・自宅

注) 申し込みはクリーニング業者がして下さい

申し込みは（公財）石川県生活衛生営業指導センター（FAX 076-259-6516）

あてに郵送又はFAXでして下さい

この講習は、クリーニング師免許を持たない方が対象の講習です