

クリーニング業務従事者講習受講申込書（第1型）

令和 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

令和7年8月24日(日) 宮古会場

令和7年9月28日(日) 奥州会場

令和7年11月16日(日) 盛岡会場

で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
ので申し込みます。

(ご希望の会場の口に「✓」を付けてください。)

	ふりがな		男 ・ 女
	従事者の氏名		大昭平 年 月 日生(才)
1	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			

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、研修及び講習の受講管理事務以外では使用いたしません。