

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 _____ ⑩

☐ 令和8年8月23日（日） 釜石会場

☐ 令和8年9月27日（日） 久慈会場 でのクリーニング師研修を受講したいので申し込みます。

☐ 令和8年10月25日（日） 一関会場 (ご希望の会場の□に「✓」を付けてください。)

☐ 令和8年11月15日（日） 盛岡会場

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: () -	
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。