

クリーニング師研修・業務従事者講習 会場集合型（対面方式） 受講申込予約書（FAX連絡票）

公益財団法人 東京都生活衛生営業指導センター 御中
 (FAX番号 03-3445-8753)

(発信人)
TEL ()

受講希望日	申込区分(○で囲んでください)	会場(○で囲んでください)	(フリガナ)	営業所の屋号(店名)	営業所の所在地	営業所の電話番号
			受講者のお名前			
令和 年 月 日	A・B C・D	飯田橋 立川			〒	
令和 年 月 日	A・B C・D	飯田橋 立川			〒	
令和 年 月 日	A・B C・D	飯田橋 立川			〒	
令和 年 月 日	A・B C・D	飯田橋 立川			〒	
令和 年 月 日	A・B C・D	飯田橋 立川			〒	

(備考) 連絡、質問事項等がありましたらご記入ください。

申込区分	A	クリーニング師研修のみ受講する（クリーニング師の資格のある方が対象となります）
	B	クリーニング師研修及び特別管理産業廃棄物管理責任者資格取得講習を受講する
	C	特別管理産業廃棄物管理責任者資格取得講習のみ受講する
	D	クリーニング業務従事者講習を受講する

○受講者名を複数名ご記入いただいた場合は、「受講申込書」及び「受講票」を営業所に追加送付いたします。

○受講者が5名を超える場合は、コピーして使用してください。

(HP)