

(様式第2号の2)

クリーニング業務従事者講習受講申込書 (第1型)

平成29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)

受講希望日 (どちらかに○をして下さい)	第1回	平成29年 8月30日 (水)
	第2回	平成29年10月29日 (日)

受講希望の従事者名と取次店名	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 (前回受講: 平成 年 月 日頃)				

注) 1: クリーニング業者の方がお申込みしてください。

2: 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、研修及び講習の目的以外には使用いたしません。