

### クリーニング業務従事者講習受講申込書(第2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)

職・氏名

(法人にあつては名称並びに代表者又は責任者の職・氏名)

令和2年9月中旬から受講開始のクリーニング師研修(2型:通信教育)を受講したいので申し込みます。

受講希望の従事者名と取次店名	フリガナ		男 ・ 女
	従事者の氏名		大正 昭和 年 月 日生( 歳) 平成
	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) ( ) -		

過去にクリーニング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)

※従来の講習会方式(第1型)については、今後の状況を勘案して開催を検討します。ご希望に添えない場合もありますが、第1型を希望する方は、下記該当欄「1 あり」に○印を付けて下さい。

● 講習会方式での受講希望がありますか。

1 あり      2 なし

注1) クリーニング営業者(代表者又は責任者)の方がお申込みしてください。

注2) お預かりした着方の個人情報及び今後お預かりする着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。

※ 振込手数料は、「ご依頼人負担」となりますので、ご承知おき下さい。  
また、振込依頼書の「ご依頼人」欄が、受講者個人名でない場合は、お手数ですが「依頼人名」を、下記欄内にご記入下さい。

ご依頼人名	
-------	--