

平成 30 年度

業務従事者講習受講申込書（第 1 型・第 2 型）

平成 年 月 日

(公財)全国生活衛生営業指導センター理事長 殿

氏 名 _____.

(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

平成 30 年度クリーニング業務従事者講習を受講させたいので、受講料を添えて申し込みます。

第 1 型 受講希望日

会 場(下記いずれかに○印)

通信制希望は下記に○印

◆平成 年 月 日 () ◆厚木 ・ 横浜

◆ 第 2 型希望

* 希望の会場が定員を超えた場合など、他の会場をお願いする場合は当センターから連絡をいたします。

受講する業務従事者

1. 受講する業務従事者

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生
現 住 所	〒 電話 ()	—

2. 勤務するクリーニング所名又は取次店名

勤務する クリーニング所名 又は取次店名	届出保健所名	
	届出種別 (一般・取次・無店舗取次)	
勤務地 (現住所と同じ場合 は、 <u>同じに○印</u> を してください。)	同じ	〒 電話 () FAX ()

3. 受講料の払込等

受講料の払込	払込日	平成 年 月 日	備考
店舗の受講歴	初めて	前は：平成 年 月頃	会場：
第 2 型希望理由	1.へき地 2.身体障害者 3.その他(理由：)		

* 氏名、店舗名、住所を正確に記載してください。

* 2 名以上の受講をご希望される場合、この申込書をコピーしてお使いください。

* ご記入いただいた個人情報は、個人情報保護法に基づき厳重に管理します。