

通信制 クリーニング業務従事者講習受講申込書

FAX 099-222-8333

平成 年 月 日

公益財団法人 鹿児島県生活衛生営業指導センター理事長 殿

クリーニング所名 _____
 〒 _____
 所在地 _____
 TEL _____
 営業者名 _____

通信制 クリーニング業務従事者講習に次の者を受講させたいので、申し込みます。

	勤務先 (店名)	所在地 電話番号	受講する人の氏名、住所等	性別	支払方法
1	取次所	〒 所在地 TEL	ふりがな 氏名	男 ・ 女	振込 ・ 書留
	直営		〒・住所		
	非直営		TEL		
	過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1 無 2 有 (平成 年 月ごろ)				
2	取次所	〒 所在地 TEL	ふりがな 氏名	男 ・ 女	振込 ・ 書留
	直営		〒・住所		
	非直営		TEL		
	過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1 無 2 有 (平成 年 月ごろ)				
3	取次所	〒 所在地 TEL	ふりがな 氏名	男 ・ 女	振込 ・ 書留
	直営		〒・住所		
	非直営		TEL		
	過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1 無 2 有 (平成 年 月ごろ)				
4	取次所	〒 所在地 TEL	ふりがな 氏名	男 ・ 女	振込 ・ 書留
	直営		〒・住所		
	非直営		TEL		
	過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1 無 2 有 (平成 年 月ごろ)				

- 注
- ・申込みはクリーニング営業者 (代表者又は責任者) が行ってください。
 - ・取次所については (直営・非直営) に○印を付けてください。
 - ・性別、過去の受講の有無に○印を付けてください。
 - ・受講料支払方法 (振込：銀行振込、書留：郵便書留) に○印を付けてください。
 - ・お預かりする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。