

クリーニング業務従事者講習受講申込書

FAX 099-222-8333

令和 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 _____

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		受講日 受講会場		
1	取次所	〒 所在地	ふりがな 氏名	男 ・ 女	_____ 月 日			
	直営						〒・住所	() 鹿児島市 () 薩摩川内市 () 奄美市
	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	ふりがな 氏名	男 ・ 女	_____ 月 日			
	直営						〒・住所	() 鹿児島市 () 薩摩川内市 () 奄美市
	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	ふりがな 氏名	男 ・ 女	_____ 月 日			
	直営						〒・住所	() 鹿児島市 () 薩摩川内市 () 奄美市
	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	ふりがな 氏名	男 ・ 女	_____ 月 日			
	直営						〒・住所	() 鹿児島市 () 薩摩川内市 () 奄美市
	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、受講会場、過去の受講の有無に○印を付けてください。
 - ・お預かりする個人情報については、研修及び講習の目的以外には使用いたしません。