

クリーニング業務従事者講習 第2型(通信制)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 _____

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		支払方法
1	取次所	〒	所在地	ふりがな	男・女	振込・書留
	直営			氏名		
	非直営			〒・住所		
	営	TEL		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	男・女	振込・書留
	直営			氏名		
	非直営			〒・住所		
	営	TEL		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	男・女	振込・書留
	直営			氏名		
	非直営			〒・住所		
	営	TEL		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	男・女	振込・書留
	直営			氏名		
	非直営			〒・住所		
	営	TEL		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。
 また、**受講料の送金 (振込) は、テキスト等教材の発送の都合上早めにお願ひします。**
 - ・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。