

クリーニング業務従事者講習受講申込書 [会場受講用]

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		
	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 (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		
	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 (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		
	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 (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		
	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 (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。