

# クリーニング師研修・業務従事者講習

お客様は、  
安全・安心を求めています。

**3年に一度は**  
受講しましょう!!



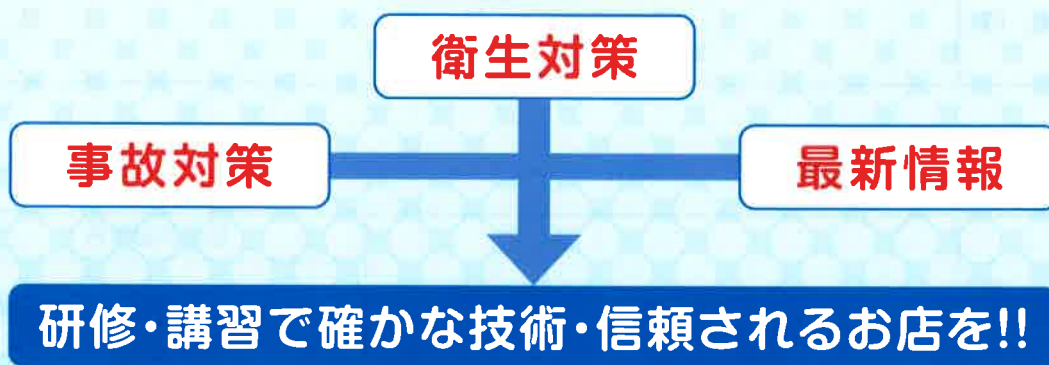
クリーニング師及びクリーニング業務従事者の方は、業務等に従事してから1年以内に、その後は3年に一度、受講することが「クリーニング業法」により義務付けられています。

- 日 時：令和3年2月7日(日) 午前10時～
- 場 所：ピュアリティまきび

(受講料：クリーニング師研修 5,000円、業務従事者講習会 4,500円)

(定 員：クリーニング師研修 ※50名、業務従事者講習会 ※30名)

※コロナ対策のため定員になり次第受付をストップしますので、御注意ください。



- ◎受講者は、保健所に報告されます。
- ◎受講者には、修了証書・修了済ステッカーが交付（発行）されます。
- ◎裏面の申込用紙に記入して、FAX (086-222-3598) してください。
- ◎受講料は、振り込み用紙を同封していますので、郵便局からの振り込みをお願いします。

〈お問い合わせ〉

公益財団法人 岡山県生活衛生営業指導センター

TEL・FAX：086-222-3598 E-mail：okayamacenter@seiei.or.jp

(様式第2号の1)

# クリーニング師研修受講申込書 (第1型)

平成 年 月 日

公益財団法人 全国生活衛生営業指導センター理事長 殿

氏 名

印

平成 年 月 日 (会場名 )に開催される下記のクリーニング師研修を受講したいので、受講料を添えて申し込みます (該当する研修に○)。

- 1 クリーニング師研修
- 2 クリーニング師研修 (特別管理産業廃棄物管理責任者資格取得講習を含む)
- 3 クリーニング師研修 (特別管理産業廃棄物管理責任者資格取得講習のみ)

## 1. 受講するクリーニング師

ふりがな		男	・	女
氏 名		大昭平	年 月 日生( 才)	
免許取得	昭和 年 月 日	都 道 第 号	府 県	
現住所	〒 (TEL) ( )	—		

## 2. 勤務するクリーニング所

名 称	届出保健所名
	保健所
所在地	〒 (TEL) ( ) (FAX) ( )
	—

## 3. 過去にクリーニング師研修を受講したことがありますか。

1. ない	2. ある (前回受講：平成 年 月 日頃)
-------	------------------------

注) お預かりした貴方の個人情報及び今後お預かりする貴方の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。

(様式第2号の2)

# クリーニング業務従事者講習受講申込書 (第1型)

平成 年 月 日

公益財団法人 全国生活衛生営業指導センター理事長 殿

(法人の名称)

氏 名

㊞

(法人にあつては名称並びに代表者又は責任者の職氏名)

平成 年 月 日(会場名 )開催の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受講料を添えて申し込みます。

1	ふりがな		男	女
	従事者の氏名		大昭平	年 月 日生(才)
	住所	〒 (TEL) ( )	—	
	勤務するクリーニング所名又は取次店名		届出保健所名 保健所	
	所在地	〒 (TEL) ( ) (FAX) ( )	— —	
過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1. ない 2. ある (前回受講：平成 年 月 日頃)				

注1 申し込みは、クリーニング業者(代表者又は責任者)がしてください。

注2 2名以上の業務従事者を受講させる場合は、別紙に記入してください。

注3 お預かりした貴方の個人情報及び今後お預かりする貴方の個人情報につきましては、講習の目的以外には使用いたしません。

(様式第2号の2別紙)

1	ふりがな		男	・	女	
	従事者の氏名		大昭平	年	月	日生(才)
	住所	〒	(TEL) ( )		—	
	勤務するクリーニング所名又は取次店名	届出保健所名				
		保健所				
所在地	〒	(TEL) ( )		—	(FAX) ( )	
過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1. ない 2. ある (前回受講：平成 年 月 日頃)						
2	ふりがな		男	・	女	
	従事者の氏名		大昭平	年	月	日生(才)
	住所	〒	(TEL) ( )		—	
	勤務するクリーニング所名又は取次店名	届出保健所名				
		保健所				
所在地	〒	(TEL) ( )		—	(FAX) ( )	
過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1. ない 2. ある (前回受講：平成 年 月 日頃)						
3	ふりがな		男	・	女	
	従事者の氏名		大昭平	年	月	日生(才)
	住所	〒	(TEL) ( )		—	
	勤務するクリーニング所名又は取次店名	届出保健所名				
		保健所				
所在地	〒	(TEL) ( )		—	(FAX) ( )	
過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1. ない 2. ある (前回受講：平成 年 月 日頃)						