

クリーニング師研修・業務従事者講習のご案内

令和5年度は、コロナ対策等のため通信研修（2型）です。

- クリーニング師及びクリーニング業務従事者の方は、業務等に從事してから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。

受付期間：令和5年9月25日(月)から令和5年11月30日(木)

レポート回答期限：令和5年12月19日(火)

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



【受講手続】

- ◎裏面の申込用紙に記入して、FAX（086-222-3598）してください。
- ◎郵便局への受講料の振り込みの確認後、テキストとレポート問題、回答用紙を送らせていただきます。
- ◎回答を返信用封筒に入れてお送りください。
- ◎回答いただいた受講者に修了証書・修了済ステッカーを送付します。
- ◎受講者は、関係保健所に報告されます。

《《 受 講 申 し 込 み、お 問 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

クリーニング師研修受講申込書（第2型）

令和 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



令和5年度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。

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 平成 年 月 日 令和	都 道 府 県	第 号
現 住 所	〒 (TEL) () -		

2. 勤務するクリーニング所

		届出保健所名
名 称		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2型)

令和 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)

令和5年度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。

ふりがな			男	女
従事者の氏名			大昭平	年 月 日生(才)
住所	〒 (TEL) () -			
1 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。

1	ふりがな		男	・	女
	従事者の氏名		大昭平	年	月
	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
	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
	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)