

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・令和 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・令和 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・令和 年 月 日頃)