

お客様は、
安全・安心を求めています。
3年に一度は受けましょう。

クリーニング師研修・業務従事者講習を
受講しましょう!!

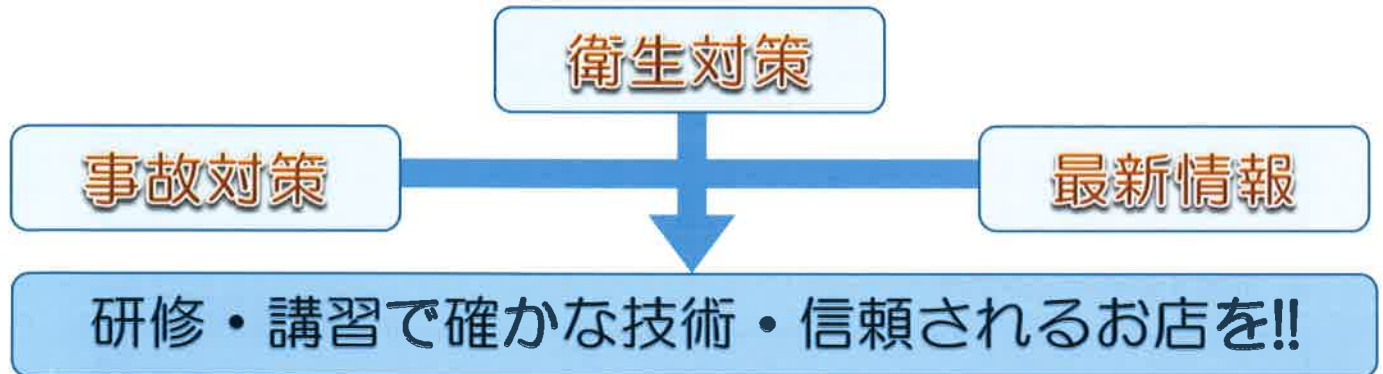


- クリーニング師及びクリーニング業務従事者の方は、業務等に従事してから1年以内に、その後は**3年に一度**、受講することが「クリーニング業法」により義務付けられています。

日 時：平成31年2月3日(日) 10時から

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)



◎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。

◎受講料の振り込み用紙を送付させていただきます。

《《 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

(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

㊞

平成31年2月3日(会場名ピュアリティまきび)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。

1. 研修の種類 クリーニング師研修

2. 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 平成	都 道 第 号 府 県		
現 住 所	〒 (TEL) ()	—		

3. 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) ()	—	—

4. 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。

クリーニング師研修受講申込書 (第1型)

平成 28 年 12 月 5 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 岡山 太郎 印

平成 29 年 2 月 5 日 (会場名 岡山) 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。

1 研修の種類 クリーニング師研修

1. 受講するクリーニング師

ふりがな	おかやま たろう		男	女
氏 名	岡山 太郎		大昭平	54年 10月 1日生 (37才)
免許取得	昭和 平成	10年 4月 1日	岡山 都道 府 県	第 1234号
現住所	〒XXXX-00△△ (TEL) (086) 222 - 1234 岡山市北区 000 456-11			

2. 勤務するクリーニング所

名 称	岡山クリーニング	届出保健所名	岡山市保健所
所在地	〒XXXX-00△△ (TEL) (086) 222 - 1234 (FAX) (086) 222 - 5678 岡山市北区 000 456-11		

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 25 年 11 月 10 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

印

(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
	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)						