

第2型業務従事者講習（通信制）受講申込書

※郵送・FAX送信後に必ず到着確認のお電話をお願いします。

※必要事項は全てご記入下さい。

令和6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

第2型業務従事者講習（通信制）を次の者に受講させたいので申し込みます。

1. 法人又は店舗の名称及び代表者又は責任者及び申込み担当者の職氏名

法人名称 又は店舗名称		印
代表者 又は責任者	役職	氏名
申込み担当者	役職（又は部署名）	氏名

2. 受講者させる業務従事者

ふりがな		生年月日
氏名	印	昭和 平成 年 月 日生
住所	〒	TEL: ()
勤務する クリーニング所 又は取次店名		
所在地	〒	TEL: ()

3. 受講料振込時の振込依頼人名

<input type="checkbox"/> 受講者氏名 <input type="checkbox"/> 勤務するクリーニング所名 <input type="checkbox"/> その他 ()

※申込みは、クリーニング業者（代表者又は責任者）が行って下さい。

※複数名の業務従事者を受講させる場合は、コピーしてお使い下さい。

※受講料 4,500 円は下記の口座へお振込み下さい。※振込手数料は、申込者でご負担下さい
<受講料振込先>

金融機関名：琉球銀行 小禄支店 預金種目：普通預金 口座番号：518474

口座名義：公益財団法人 沖縄県生活衛生営業指導センター 代表理事 鈴木洋一

※受講料のお振込みをもって、申込受付とさせていただきます。

<申込先>

公益財団法人 沖縄県生活衛生営業指導センター

〒901 - 0152 沖縄県那覇市字小禄 662 番 沖縄県生活衛生研修センター 3階

TEL：098 - 891 - 8960 FAX：098 - 891 - 8961 担当：宮城