

平成 年 月 日

(社)岩手県ビルメンテナンス協会 行
(FAX:019-652-5959)

清掃作業従事者研修受講申請書

会社名		担当者	
会社住所	〒		
電話番号		FAX番号	

〈受講申込者〉 ※修了証書作成のため、受講者氏名は楷書ではっきりと記入してください。

No.	氏名	生年月日	弁当	No.	氏名	生年月日	弁当
1	ふりがな	S・H 年 月 日		4	ふりがな	S・H 年 月 日	
2	ふりがな	S・H 年 月 日		5	ふりがな	S・H 年 月 日	
3	ふりがな	S・H 年 月 日		6	ふりがな	S・H 年 月 日	

〈振込金受領書貼付欄〉

※複数名でのお申し込みの場合の受講料は、一括してお振り込み下さい。

*** 個人情報の取り扱いについて ***

受講申請書に記入された個人情報については、受講票の発送、受講当日の本人確認、修了証書の作成など、当公益社団法人全国ビルメンテナンス協会が行う本研修業務に限って利用し、第三者に提供することはありません。また、建築物衛生法施行規則に定めるところにより、受講申請書に記入された個人情報は、永年幣協会にて保有します。

公益社団法人全国ビルメンテナンス協会

