

| 従事者名簿   |                 |        |                |     |         |                     |            |
|---------|-----------------|--------|----------------|-----|---------|---------------------|------------|
| 区・分     | 氏名<br>生年月日      | 免許     |                |     | 従事年月日   | クリーニング師<br>研修・従事者講習 | クリーニング師の住所 |
|         |                 | 取得都道府県 | 年月日<br>番号      | 照合印 | 異動年月日   |                     | クリーニング師の本籍 |
| 師・<br>従 | 北区太郎<br>H○・○・○生 | 東京都    | H○・○・○<br>○○○○ |     | R○年○月○日 | 番号○○○○○             | 北区赤羽西○-○-○ |
| 師・<br>従 | 北区一郎<br>S○・○・○生 |        | ..             |     | ..      | 年 月 日               | 修了日 ..     |
| 師・<br>従 | ..              | ..     | ..             | ..  | R○年○月○日 | 番号                  |            |
| 師・<br>従 | ..              | ..     | ..             | ..  | 年 月 日   | 修了日 ..              |            |
| 師・<br>従 | ..              | ..     | ..             | ..  | 年 月 日   | 番号                  |            |
| 師・<br>従 | .. 生            | ..     | ..             | ..  | 年 月 日   | 修了日 ..              |            |
| 師・<br>従 | .. 生            | ..     | ..             | ..  | 年 月 日   | 番号                  |            |
| 師・<br>従 | .. 生            | ..     | ..             | ..  | 年 月 日   | 修了日 ..              |            |
| 師・<br>従 | .. 生            | ..     | ..             | ..  | 年 月 日   | 番号                  |            |
| 師・<br>従 | .. 生            | ..     | ..             | ..  | 年 月 日   | 修了日 ..              |            |

師・  
従

師・  
従

師  
行  
目  
・  
従

師・  
従

師・  
従

師・  
従

師・  
従

師・  
従

無資格者の方も施設で働く方は記載してください。

保健所職員が照合後印鑑を押します。

免許証の交付者を記載してください。  
例) 東京都知事→東京都

新たに従事する場合は、上の段に従事年月日を記入してください。

退職・異動した場合は、下の段に異動年月日を記入してください。