病院寝具管理士認定講習会受講申込書

（別紙2）

一般社団法人 日本病院寝具協会　理事長 殿

個人情報保護の取扱いについて同意の上、申請いたします。

新規受講・再受講（　　年受講）
上記何れかに〇を付してください。また、再受講の場合は、受講年を西暦でご記入ください。

1	（フリガナ） 氏名 （緊急時の連絡先（携帯電話等））		
2	生年月日 （令和7年10月1日現在）	昭・平　年　月　日生（満　歳）	
3	現住所		
4	会社名		
5	所在地		
6	所属工場等名 （本社、支店、工場等）		
7	所属工場等の所在地・電話番号	所在地 電話番号	
8	最終学歴	学歴（1） （専門学校除く）	昭・平・令　年　月　卒業
		学歴（2） （専門学校の場合）	昭・平・令　年　月　卒業 専攻課程名 教育年数　年、入学資格（中卒、高卒）
9	入社年月日	昭・平・令　年　月　日入社	
10	寝具類関連業務実務経験年数 （令和7年10月1日現在）	年　ヶ月	（　） （　） （　）
11	クリーニング師の資格の有無	有・無	年　月　日取得

上記1～11の記載事項について証明いたします。

所属会社・工場等名

代表者　　㊞

（注1）項目8の「最終学歴」の「学歴（1）」については、学校教育法における中学校・高等学校・短期大学(2年又は3年を明記)・大学について、最終卒業学校名、卒業年月を記入する。
「学歴（2）」については、専門学校等を卒業した場合の卒業学校名、専攻課程名、教育年数、入学資格(中卒、高卒のどちらかに〇を付す)、卒業年月を記入する。(病院寝具管理士認定講習会開催要領の3.受講資格の(1)の※「注」を参照のこと。)

（注2）項目10の「寝具類関連業務実務経験年数」とは、厚生労働大臣が定める基準に基づく受託洗濯施設における寝具、設備の関連業務実務経験年数をいう。
なお、(　)内は2社以上に渡る場合に会社名及び経験年数を記入する。

（注3）個人情報の取扱について
当講習会にお申込いただいた際の個人情報は、法令等により個人情報の提供を要求された場合を除き、当講習会に関係する業務の範囲内に限定して利用させていただきます。