

従事者名簿							
区・分	氏名 生年月日	免許			従事年月日	クリーニング師 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 番号	照合印	異動年月日		クリーニング師の本籍
師・ 従	北区太郎 H○・○・○生	東京都	H○・○・○ ○○○○		R○年○月○日	番号○○○○○	北区赤羽西○-○-○
師・ 従	北区一郎 S○・○・○生		年 月 日	修了日 ..	東京都
師・ 従	..	..	..	..	R○年○月○日	番号	
師・ 従	..	..	..	..	年 月 日	修了日 ..	
師・ 従	..	..	..	..	年 月 日	番号	
師・ 従	.. 生	..	..	..	年 月 日	修了日 ..	
師・ 従	.. 生	..	..	..	年 月 日	番号	
師・ 従	.. 生	..	..	..	年 月 日	修了日 ..	
師・ 従	.. 生	..	..	..	年 月 日	番号	
師・ 従	.. 生	..	..	..	年 月 日	修了日 ..	

師・
従

師・
従

師

師・
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。