

1. 趣旨

本講習は、医療法施行規則第9条の15第1号が求める「受託責任者の病院清掃に関する知識」を付与するために実施するものです。同時に、医療関連サービスマーク制度の院内清掃業務に関する認定基準3.(2)③に定める一般財団法人医療関連サービス振興会指定の受託責任者講習として行われます。

なお、医療関連サービスマークの認定中もしくは認定申請中、今後認定申請を予定している企業にお勤めの該当の方も本講習を受講してください。

◆ 申込受付期間 ◆

2024年4月22日(月) 10:00 ~ 5月20日(月) 17:00

※郵送でのお申込みの場合は締切日の消印有効となります。

- ◆期限前、期間を過ぎてのお申し込みは、いかなる場合でもお受けできませんので予めご了承ください。
- ◆本講習会はインターネットを利用した「学科講習」が含まれます。パソコン・スマートフォン等のインターネットに接続可能な学習環境が必要となりますので予めご理解のうえお申込みください。

2. 受講資格

清掃業務に3年以上の経験を有する者(そのうち、医療機関の清掃業務に関する経験は、6ヶ月以上とする)。

※『厚生省健康政策局長通知(健政発98号)』及び医療関連サービスマーク(院内清掃業務)の『認定基準』に規定された条件を満たした内容となっています。

3. 受講料金 ※振込手数料は払込人負担となります。

◀ネット申請の場合▶

会員の場合		非会員の場合	
■受講金額(税込)	28,600円	■受講金額(税込)	41,800円
(税抜金額(10%対象))	26,000円)	(税抜金額(10%対象))	38,000円)
(消費税額)	2,600円)	(消費税額)	3,800円)

◀郵送による申請の場合▶

会員の場合		非会員の場合	
■受講金額(税込)	31,900円	■受講金額(税込)	45,100円
(税抜金額(10%対象))	29,000円)	(税抜金額(10%対象))	41,000円)
(消費税額)	2,900円)	(消費税額)	4,100円)

(公社)全国ビルメンテナンス協会 登録番号：T5-0115-0500-1527

※「会員」とは全国ビルメンテナンス協会に加盟する企業(賛助会員を除く)に所属する受講者を指します。

※一度お振込みいただいた受講料は原則返還できませんので、お振込金額に間違いがございませんようご注意ください。

(振込金額の間違いが多発しております。必ずよくご確認の上お申込みください。)

4. 申込方法

「ネット申請」か「郵送による申請」のいずれかをご選択ください。

※ 「ネット申請」と「郵送による申請」ではスケジュールが一部異なります。

◀ 「ネット申請」の場合 ▶

- ① 全国ビルメンテナンス協会ホームページ内「マイページ」から「資格受講管理」メニューを選択します。
※「マイページ」のご登録が無い場合は、同時に「マイページ」を作成いただきます。既に「マイページ」を持っている方は、新たに作成する必要はございません。
- ② 画面に表示された必要事項を全てご入力いただくと仮受付が完了します。
- ③ 登録されたメールアドレスに「受講料振込案内メール」が送付されますので、記載された期日までにお振込みください。
※期日までにご入金を確認できなかった場合は自動でキャンセルとなり、申請内容を復元することはできません。

◆ 「マイページ」とは ◆

全国ビルメンテナンス協会の会員・非会員を問わず、すべての方が無料で登録できるポータルサイトです。ビルメンテナンス業界で働く方に便利な機能や情報をダイレクトに受信可能です。

本講習会の学科講習は「マイページ」内のコンテンツを利用して受講していただきます

「マイページ」の登録にはメールアドレスが必須となります。
メールアドレスを取得できない方は郵送による申請をしてください。

※ マイページの登録は、必ず「受講者本人」が使用できるメールアドレスで、「受講者本人」名義のアカウントを作成してください。他の受講生と同じメールアドレスでの登録はできません。

→マイページのご登録はこちら (<https://www.j-bma.or.jp/lp-mypage>)

◀ 「郵送による申請」の場合 ▶

- ※ 「郵送による申請」の場合でも、講習はインターネットによる「学科講習」を受講いただきます。受講票発送時に一時的な「マイページ」用のIDとパスワードを発行しますが、指定期間後は使用できなくなります。
- ① 全国ビルメンテナンス協会ホームページより「病院清掃受託責任者講習 講習案内(申請書)」をダウンロード(印刷)します。
 - ② 全国の郵便局に備え付けの「払込取扱票」を用いて、「3. 受講料金」に記載された該当金額を郵便局窓口にてお支払いください。お支払い後、「払込金受領書」が返却されますので必ず保管してください。
 - ③ 印刷した申請書に必要事項をすべて記入し、指定の位置に上記「払込金受領書」のコピーを貼付してください。
 - ④ 封筒に「病院清掃受託責任者講習申請書在中」と明記し、**簡易書留**で下記の講習事務局まで送付してください。なお、簡易書留以外の送付や送付先の誤りに伴う未着について、当協会は一切の責任を負いませんので予めご了承ください。
※複数の受講料をまとめてお振込みいただく事も可能ですが、その際には必ず、該当の受講申請書の一つの封筒にまとめて同封し、全てに同一の「払込金受領書」のコピーを貼付してください。また、名義は企業名としてください。

◆ 申請書提出先 ◆

公益社団法人全国ビルメンテナンス協会 講習事務局 宛
〒270-1391 印西郵便局私書箱7号
TEL0476-33-3825

【振込先】

金融機関： ゆうちょ銀行
支店： 東京貯金事務センター
預金種類： 振替口座
口座番号： 00100-8-0769102
口座名義： (社)全国ビルメンテナンス協会 病院清掃係(ビョウインセイソウガカリ)

「郵送による申請」(申請書類内容の確認など)に関するお問い合わせは、以下の講習事務局までお願いします。

名称 (公社)全国ビルメンテナンス協会 講習事務局
住所 〒270-1382 千葉県印西市牧の台2-1-7 日本通信紙(株)内
TEL 0476-33-3825
FAX 050-3153-2792

5. 講習会について

本講習会は「学科講習(e-ラーニング)」と「集合講習」の両方を受講することで完了となります。

- ・「学科講習」：指定期間内に「マイページ」にアクセスし、講義動画を視聴します。講義動画は期間内であれば何度でも視聴することが可能です。「学科講習」の受講にはインターネット環境が必要となります。
- ・「集合講習」：指定の会場(下記参照)を申込時に選択し受講してください。当日は講義と考査が行われます。
※ 会場には定員があり、座席状況により希望の会場で受講できない可能性があります。また、会場は「ネット申請」の方を優先に先着順で確保されます。「郵送による申請」の方で既に希望会場が埋まっていた場合は、所属企業または自宅住所の所在地に一番近い会場のご案内となりますので予めご了承ください。

※ 申請受付後の希望会場(開催日)の変更及び受講者の変更はできません。

※ 講習にかかるデータ通信料、PC環境構築に発生する費用はご自身で負担してください。

地区	コード	日程	時間(予定)	会場
北海道	01	2024年9月24日(火)	9:50~17:00	ニューオータニ札幌
東北	02	2024年8月20日(火)	9:50~17:00	サンフェスタ
東京関東①	03	2024年8月14日(水)	9:50~17:00	TOC有明
東京関東②	04	2024年8月15日(木)	9:50~17:00	TOC有明
東京関東③	05	2024年8月16日(金)	9:50~17:00	TOC有明
中部北陸	06	2024年9月5日(木)	9:50~17:00	名古屋国際会議場
近畿①	07	2024年9月11日(水)	9:50~17:00	大阪国際会議場
近畿②	08	2024年9月18日(水)	9:50~17:00	大阪国際会議場
中国	09	2024年8月28日(水)	9:50~17:00	広島国際会議場
四国	10	2024年9月10日(火)	9:50~17:00	サンメッセ香川
九州	11	2024年8月28日(水)	9:50~17:00	福岡国際会議場

6. スケジュール

イベント	申請区分 (ネット/郵送)	日程	注意事項
受付期間	共通	4月22日(月)~5月20日(月)	期間外の申込は一切できません
受講料金 納付期間	ネット申請	申込(仮受付)から14日以内	申請後に届く「振込案内メール」に記載された期日までにお振込みください
	郵送	事前振込	申請書送付前に郵便局にて該当金額をお振込みください。
受講票(テキスト) 発送	共通	7月19日(金)	受講票と講習テキストを送付します。 8月1日(木)になっても届かない場合は、必ず講習事務局にお問い合わせください。
学科講習 期間	共通	8月1日(木)~9月24日(火)	
集合講習 期間	共通	8月~9月 ※上記日程	
合格発表	共通	10月31日(木)	全国協会 HP にて合格受講番号を掲載します
修了証書 発送	共通	11月15日(金)	

※スケジュールは予告なく変更となる場合がございます

7. 講習カリキュラム(予定)

① 「学科講習」(約3.5時間)

1. 基本的事項の確認(約20分)
2. 受託責任者の業務(約70分)
3. 品質評価と連絡・報告(約40分)
4. 清掃作業の実務知識(約40分)
5. 医療関係者及び患者への対応(約40分)

② 「集合講習」(約6時間)

1. 病院清掃のための基礎知識
2. 病院清掃の基本と病院感染対策
3. 医療行政と病院清掃
4. フリーディスカッション
5. 考査

8. 修了証書

本講習を受講し、考査に合格された方には修了証書を交付いたします。(修了証書の有効期限は4年間です。更新するためには、期限が切れる年に開催をする再講習の受講が必要です。)

修了証書は、申請書で指示のあった送付先に発送します。この修了証書は医療関連サービスマーク(院内清掃業務)認定申請のための提出書類のひとつ「指定講習会の修了証(写)」にあたるものです。

また、申請時に顔写真を添付された方のみ、ネームタグを発行いたします。

9. 講習内容

厚生省健康政策局長通知(健政発98号)、及び医療関連サービスマーク(院内清掃業務)の認定基準に定める受託責任者の有すべき知識として、①医療機関の社会的役割と組織、医療関係法規、建築物における衛生的環境の確保に関する法律、廃棄物の処理及び清掃に関する法律等の関係法規及び労働関係法規、②作業計画の作成、③作業の方法、④作業の点検及び業務の評価、⑤清潔区域等医療施設の特性に関する事項、⑥感染の予防、⑦個人情報の保護を含むカリキュラムで実施いたします。

10. 地区本部所在地

事務所名称	〒	住所	連絡先
(公社)全国ビルメンテナンス協会 本部(JBMA)	116-0013	荒川区西日暮里5-12-5 ビルメンテナンス会館5F	TEL:03-3805-7560 FAX:03-3805-7561
(公社)全国ビルメンテナンス協会 北海道地区本部	060-0003	札幌市中央区北三条西17丁目2-3	TEL:011-615-1100
(公社)全国ビルメンテナンス協会 東北地区本部	980-0014	仙台市青葉区本町1-12-30 太陽生命仙台駅北ビル3F	TEL:022-265-8711
(公社)全国ビルメンテナンス協会 中部北陸地区本部	464-0850	名古屋市千種区今池4-3-23 大成今池ビル4F	TEL:052-715-7305
(公社)全国ビルメンテナンス協会 近畿地区本部	550-0002	大阪市西区江戸堀2-6-33 江戸堀フコク生命ビル8F	TEL:06-4256-5376
(公社)全国ビルメンテナンス協会 中国地区本部	733-0812	広島市西区己斐本町2-19-3 広島ビルメンテナンス会館	TEL:082-273-8275
(公社)全国ビルメンテナンス協会 四国地区本部	760-0301	高松市林町2217-15 香川産業頭脳化センタービル404	TEL:087-869-3787
(公社)全国ビルメンテナンス協会 九州地区本部	812-0011	福岡市博多区博多駅前1-15-12 藤田ビル4F	TEL:03-3805-7560

■注意事項■

1. 本案内をよく読み、ご理解いただいた上でお申し込み手続きを行ってください。
2. 受講申請書は黒のボールペンかインキで正確に、ハッキリ書いてください。
3. 受付期間内に必ず申請してください。受付期間を過ぎてのお申し込みはいかなる場合でも受付できませんので予めご了承ください。
4. 受講料金振込後、受講票が8月1日(木)になっても届かない場合は、必ず講習事務局にお問い合わせください。
5. 申請内容に不正があった際は、修了を取り消します。
6. 考査不合格の場合の救済措置はありません。再度新規講習をご受講ください。

2024年度 病院清掃受託責任者講習申請書

(公社)全国ビルメンテナンス協会会長殿

個人情報の取り扱いに同意し、下記に誤りがないことを確認の上、申請いたします。

証明写真
添付欄

縦 3.0cm×幅 2.4cm

1. 申請者

フリガナ			性別	男 ・ 女	
氏 名	姓	名	Eメール		
生年月日	(西暦)	年 月 日	携帯 TEL	- -	
自宅住所	〒	都道府県	市区町村・番地		建物名・同居先等

<会員区分>

区 分	会 員	・	一 般	・ 会員 31,900円	・ 一般45,100円
-----	-----	---	-----	--------------	-------------

※会員の方のみ記入してください。

所属する都道府県 ビルメンテナンス協会名	ビルメンテナンス協会	会員ID							
-------------------------	------------	------	--	--	--	--	--	--	--

2. 現在の会社の住所 (会員の場合、会員登録を行っている住所)

会社名				
TEL	-	-	FAX	- -
所在地	〒	市区町村・番地・建物名		
	都道府県			

<清掃に関する職歴>

	企業名	配属先医療機関等名称	企業所在地(市町村まで)	区 分	在籍期間
職 歴				医療機関 ・その他	年 月~ 年 月
	勤務内容				
				医療機関 ・その他	年 月~ 年 月
	勤務内容				
				医療機関 ・その他	年 月~ 年 月
	勤務内容				
	合計 年 月ヶ月間清掃作業に従事しました。				

3. 希望会場 (会場コードを記入してください)

第一希望		第二希望	
------	--	------	--

4. 送付先 (受講票、テキスト一式を送付する際、希望する場所の□にレ点を記入してください)

- ① 上記自宅住所 ② 上記会社住所

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号									
加人名									
金	千	百	十	万	千	百	十	円	
振替払込請求書兼受領証									
ご依頼人									
料 金	(消費税込み)		日 附 印						
備 考									

この受領証は、大切に保管してください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

個人情報の取扱いについて

受講者の個人情報の取扱いについて、以下の事項を確認の上、同意された場合において申し込みをお願いします。

1. 個人情報の管理について

弊協会は、個人情報の漏洩、滅失、毀損等の防止のために、法令、ガイドライン、及び弊協会の内部規則に従い、必要かつ適切な安全管理策を施し、取扱う個人情報の保護に努めます。また、職員に対しても個人情報の適切な取扱い等についての教育を行うとともに、業務委託先に対しても必要かつ適切な監督を行い、その保護に万全を期するように努めます。

2. 個人情報の取得、利用目的、保有について

(1) 弊協会は、病院清掃受託責任者講習を行うに際して受講者より個人情報を取得する場合は、受講申請書(ネット申請含む)及びそれに付随する書類のみを持って行います。偽りその他の不正の手段により個人情報の取得を行うことはありません。

(2) 受講申請書およびそれに付随する書類に付された個人情報については、受講決定の通知、講習テキスト等の発送、講習当日の本人確認、考査結果の通知、修了証書等の発送、受講資格など受講申請内容の確認、再講習案内の発送等、弊協会が行う病院清掃受託責任者講習業務を達成するのに必要な業務と、弊協会の行う病院清掃に関するアンケート等調査の実施において利用いたします。

(3) また、弊協会の規定により、全受講者の申請書は当該年度の受講者基礎データとして永年、弊協会にて保有いたします。

3. 個人情報の第三者への提供について

弊協会は以下の場合を除いて、あらかじめ受講者の同意を得ないで個人情報を第三者に提供することはいたしません。

(1) 前記利用目的達成のために、弊協会が適切な監督を行う業務委託先に、申請データの入力作業や修了証書などの印刷、書類の配送など、個人情報の預託を行う場合。

(2) 医療関連サービスマーク制度に関する認定基準3.(2)③ならびに(3)に定める(一財)医療関連サービス振興会指定の講習として、講習の開催ならびに修了者を報告する場合。

(3) 修了者の発表における弊協会サイト (<http://www.j-bma.or.jp>) に氏名及び修了者の修了番号を公表する場合。

(4) 医療機関及び所属企業より修了状況の照会があった場合。

4. 個人情報の開示・訂正・削除について

(1) 受講者は、受講申請書に記載した内容に基づいて弊協会が保有する個人情報のうち、自己に関する事実に基づく個人情報に限り、弊協会所定の方法により開示を請求することが出来ます。但し、次の各号いずれかに該当する場合には、その全部又は一部を開示しない場合があります。弊協会にて開示しない旨の決定をした場合には、受講者に対して速やかにその旨の通知を行います。

一. 本人又は第三者の生命、身体、財産、その他の権利利益を害するおそれがある場合。

二. 弊協会の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合。

三. 他の法令に違反することとなる場合。

(2) 開示の結果、内容が不正確又は誤りであることが判明した場合には、弊協会は速やかに当該個人情報の訂正又は削除に関する対応を決定して、受講者に通知するものとします。

5. 不同意や記載事項に不備がある場合について

弊協会は、受講者が受講に際して必要な記載事項(受講申請書において申請者が記載すべき事項)の記入を希望しない場合、あるいは記載事項に不備がある場合は、受講申請を受理しない場合があります。

6. 個人情報の利用停止等について

弊協会は、受講者本人から、受講者本人と識別される個人情報が2.(2)の利用目的に違反して取扱われているという理由、又は2.(1)に違反して取得されたものであるという理由により、その個人情報の利用停止又は消去を求められた場合であって、その求めに理由があることが判明した場合には、違反を是正する為に必要な限度で、速やかにその個人情報の利用停止等の措置を講ずるものとします。但し、その個人情報の利用停止等に多額な費用を要する場合等で利用停止等を行うことが困難な場合であって、受講者本人の権利利益を保護する為に必要なこれに代わるべき措置をとるときは、この限りではありません。

また、その個人情報の全部もしくは一部について利用停止等を行ったとき、もしくは利用停止等を行わない旨の決定をしたときは、受講者本人に対して速やかにその旨を通知するものとします。

7. お問い合わせの窓口について

個人情報の取扱いに関するお問い合わせ及び4. 個人情報の開示・訂正・削除の請求及び、6. 個人情報の利用停止等の請求に関しては、以下にて受け付けいたします。

個人情報問合せ窓口

(公社) 全国ビルメンテナンス協会

電話 03 (3805) 7560

e-mail info@j-bma.or.jp

受付時間 土・日・祝日を除く9～17時

病院清掃受託責任者講習申請書 記入説明

※ 病院清掃受託責任者講習案内及び注意事項をよく読み、申請書をご記入ください。

住民票及び戸籍に記載されている氏名を正確に記入

生年月日を記入
電話番号は市外局番から記入

郵便番号は7桁で記入
住所は、番地だけでなくアパート名や何号室までを記入

会員区分を記入

会員のみ記入
所属協会名と会員IDを正確に記入

所属会社名は支店・営業所までを含む。ただし現場単位の事業所は含まない

勤務先の住所・電話番号・FAX番号（市外局番から）を正確に記入。
会員企業は、会員として登録した住所・TELを記入

現在の勤務会社からさかのぼって受講資格を満たしていることがわかるよう勤務会社、配属先、在職期間、勤務内容を記入

受講案内書に記載された会場コード(数字)を記入してください

受講票等の送付を希望する場所を記入。
※会社住所で受け取れない場合は自宅を選択してください

新規

年度 病院清掃受託責任者講習申請書

(公社)全国ビルメンテナンス協会会長殿

個人情報の取り扱い(裏面記載)に同意し、下記に誤りがないことを確認の上、申請いたします。

証明写真添付欄
縦 3.0cm×幅 2.4cm

1. 申請者

フリガナ	セイソウ	イチロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女
氏名	姓 清掃	名 一郎	Eメール	△△△△@△△△△.△△△△
生年月日	(西暦) △△△△年△月△△日		携帯TEL	070 - 1370 - △△△△
自宅住所	〒116 0013	都道府県 東京都	市区町村・番地 荒川区西日暮里△-△△-△	建物名・同居先等 △△ハイツ△△△号室

<会員区分>

区分	<input checked="" type="radio"/> 会員 ・ <input type="radio"/> 一般	・会員 31,900円	・一般45,100円
----	--	-------------	------------

※会員の方のみ記入してください。

所属する都道府県 ビルメンテナンス協会名	(公社)東京ビルメンテナンス協会	会員ID	△△△△△△△△△△
-------------------------	------------------	------	------------

2. 現在の会社の住所(会員の場合、会員登録を行っている住所)

会社名	全国ビルメン(株)		
TEL	03 - 3805 - 0000	FAX	03 - 3805 - 0000
所在地	〒116 0013	市区町村・番地・建物名	荒川区西日暮里△-△△-△

<清掃に関する職歴>

企業名	配属先医療機関等名称	企業所在地(市町村まで)	区分	在籍期間
全国ビルメン(株)	〇〇病院	東京都荒川区西日暮里	医療機関・その他	H〇年〇月~ H〇年〇月
勤務内容	清掃業務			
全国管理(株)	〇〇ビル	東京都港区虎ノ門	医療機関・その他	H〇年〇月~ H〇年〇月
勤務内容	清掃業務			
勤務内容			医療機関・その他	年 月~ 年 月
合計 〇年〇ヶ月間清掃作業に従事しました。				

3. 希望会場(会場コードを記入してください。)

第一希望	01	第二希望	02
------	----	------	----

4. 送付先(受講票、テキスト一式を送付する際、希望する場所の□にレ点を記入してください。)

① 上記自宅住所 ② 上記会社住所

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*
加入者名	*								
金額	千	百	十	万	千	百	十	円	
振替払込請求書兼受領証									
* コピー貼付位置									
ご依頼人									
様									
(印) 日 附 印									
料 金									
円									
備 考									

この受領証は、大切に保管してください。

★☆☆★病院清掃受託責任者講習 注意事項★☆☆★

病院清掃受託責任者講習案内及び本注意事項をよく読み、ご理解・ご了承いただいた上でお申し込みください。

■記入にあたっての注意事項■

1. 受付期間内に必ず申請してください。受付期間を過ぎてのお申込みはいかなる場合でも受付できませんので予めご了承ください。
2. 申請書等に虚偽の記入があった際は、修了を取り消す場合があります。
3. 申請書は、記載要領に従って正確にご記入ください。
4. 受講者本人が必ず記入してください。
5. 記入には、黒のボールペンまたはインキを用い、文字は楷書、数字は算用数字を用いて、丁寧に記入してください。特に修了証書は記載された氏名をもとに作成するため、略字や俗字を用いず、正確に記入してください。
6. 性別の欄は、該当するものに○印を記入してください。
7. 職歴の勤務内容の欄には、受講資格を満たしていることがわかるように従事していた作業をできるだけ具体的に記入してください。
8. 受講料の会員・一般は、「所属する都道府県ビルメンテナンス協会名」及び「会員ID」の記入の有無で判断します。会員企業であっても協会名と会員IDが未記入の場合、一般として取り扱いますのでご注意ください。所属する協会名がわからない場合はJBMAマイページにてご確認ください。
9. 会員企業の場合、所属会社は、会員登録をおこなった住所をご記入ください。会員登録を行った住所以外が記入されている場合、所属するビルメンテナンス協会名が記入されていても、受講料は一般として扱いますのでご注意ください。
10. 申請書「4. 送付先」に記入がない場合は、「2. 現在の会社の住所」に発送いたします。
11. 本人の写真1枚（縦3.0cm 横2.4cm 6ヶ月以内のもので背景が無地の証明写真）を貼り付けて提出してください。写真の提出がない場合は、ネームタグの作成はいたしません。
また、講習修了後に改めて作成する場合は、発行手数料をいただきますのでご了承ください。
12. 申請は、「ネット申請」または「申請書（郵送）による申請」のどちらかひとつとし、二重に申請を行わないでください。
13. 受講票で誤字等がないか、必ずご確認ください。

病院清掃受託責任者講習 振込内訳リスト

法人名 _____

No	講習区分（該当に○）	受講者氏名	受講料（該当に○）
1	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
2	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
3	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
4	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
5	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
6	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
7	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
8	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
9	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
10	新規 / 再講習		新規 : 31,900 / 45,100 再講習 : 29,700 / 41,250
		振込合計 ※振込手数料は含まない	円

- (※) 複数の受講料をまとめてお振込みいただく場合は、上記をご記入のうえ、申請書と一緒にお送りください。お一人分のお申込みの場合は本紙のご提出は不要です。
- (※) 10名以上になる場合は、本紙をもう一枚作成してください。
- (※) 振込手数料は貴社にてご負担願います。



病院清掃受託責任者講習 払込取扱票 記入例

払込取扱票		振替払込請求書兼受領証	
00	東京	口座記号・番号はお間違えないよう記入してください。	
口座記号		口座番号 (右詰めで記入)	
00100		80769102	
金額		00000	
加入者名 * (社) 全国ビルメンテナンス協会 病院清掃係		加入者名 * (社) 全国ビルメンテナンス協会 病院清掃係	
会社名 : (株) ○○○		金額 千 百 十 万 千 百 十 円 00000	
講習名 : 2023年度 病院清掃受託責任者講習		ご依頼人 * (株) ○○○	
会員区分 : 会員 ○名、一般 ○名		ビルメン 太郎 様	
講習区分 : 新規 ○名、再講習 ○名		日 附 印	
〒116-0000		料 金	
東京都荒川区○○町○-○		円	
ビルメン 太郎		備 考	
(ご連絡先電話番号 03-3805-7560)		この受領証は、大切に保管してください。	
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行) これより下部には何も記入しないでください。			

所属企業名を記入

受講者の会員区分を記入
※複数名分をまとめてお支払いの場合は、その内訳

受講する講習区分を記入
※複数名分をまとめてお支払いの場合は、その内訳

ご自身の住所を記入

受講者本人の氏名を記入
※複数名分をまとめてお支払いの場合は所属企業名

各票の※印欄は、「ご依頼人様においてご記入ください。」

記載事項を訂正した場合は、その箇所を訂正印を押してください。