

兵庫県社会福祉事業団  
総合リハビリテーションセンター  
福祉のまちづくり研究所 所長 様

## 研修受講辞退届

貴法人より、受講決定通知をいただいておりますが、下記の通り、研修を辞退します。

記

1 研修名（正式名称）

\_\_\_\_\_

2 申込者（受講者）氏名

\_\_\_\_\_

3 勤務先名

\_\_\_\_\_

4 日中連絡のつく連絡先及び氏名

（連絡先）

TEL :

\_\_\_\_\_

（氏 名）

\_\_\_\_\_

5 辞退理由

\_\_\_\_\_

6 受講料の振込の有無（いずれかに○を入れてください）

\_\_\_\_\_ 有 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 無 \_\_\_\_\_

以下理由に該当する場合において、受講料につきましては、返金させていただきます。

※受講料の返金におきましては、振込手数料を差引いた額になります。

※滞在費等にかかる費用等につきましてもお支払いすることはできません。

1) 新型コロナウイルスにかかる急な体調不良（発熱等の風邪症状）、感染が疑われる場合

2) 受講者本人が濃厚接触者である場合

※5 辞退理由欄に詳細に記入してください。

（記入者）

年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

記入者名 \_\_\_\_\_

FAX (078-925-4657) にて提出をお願いいたします