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したが、下記の通り、研修を辞退します。

記

1　研修名（正式名称）

2　法人名

3　事業所名

4　申込責任者　氏名

5　受講決定者　氏名

6　整理番号

7　日中連絡のつく連絡先及び氏名

　　　　　　（連絡先）

　（氏　名）

8　辞退理由（該当する項目に○を入れてください）

　　　　　　　　　　　　　　1、新型コロナウイルスにかかる急な体調不良、感染が疑われるため

　　　　　　　　　　　　　　2、受講者本人が濃厚接触者であるため

　　　　　　　　　　　　　　3、その他の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

9　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は修了証書の交付はいたしかねますが、受講料につきましては、受講日数により日割り計算で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

　　※8辞退理由欄に詳細に記入してください。

年　　　月　　　日

 法人名

事業所名

代表者名

記入者名

FAX（078－925-4657）にて提出をお願いいたします。