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　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

（記入者）

年　　　月　　　日

施設名

事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者名

　FAX（078－925-4657）にて提出をお願いいたします