

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 _____

（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