

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 法人名

- 3 事業所名

- 4 申込責任者 氏名（押印）
_____ 印
- 5 受講決定者 氏名（押印）
_____ 印
- 6 整理番号（受講決定通知書に記載）

- 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（いずれかの都合に○を入れ、その下に必ず詳細を記入してください）
(都 合) **自己都合** ・ **業務（事業所）都合** ・ **その他**

(理 由) _____
- 9 受講料等の振込の有無（いずれかに○を入れてください）
 有 ・ 無

以上

記入後、至急 **FAX** してください。
その後、本紙を近日中に郵送してください。
4 申込責任者 氏名並びに
5 受講決定者 氏名の押印が必要になります。

年 月 日

(記入者) 法人名 _____
事業所名 _____
役 職 _____
氏 名 _____

研修センター記入欄