

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

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

年 月 日

法人名 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

記入者名 _____

FAX (078-925-4657) にて提出をお願いいたします。