

研修受講辞退願

令和 年 月 日

宮城県介護研修センター所長 殿

法人名

(事業所名)

代表者名

印

下記のとおり、研修受講を辞退したくお願い申し上げます。

記

研 修 名				
研 修 受 講 期	第 期			
受 講 辞 退 者 名				
所 属 事 業 所 名				
事 業 所 所 在 地				
事 業 所 電 話 番 号				
辞 退 理 由	※受講者自署 _____			
※以下、宮城県介護研修センターにて記入				
受 付 年 月 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		
決 裁 年 月 日	令和 年 月 日			
備 考				
決 裁 欄	管理責任者	作業責任者	請求担当者	事務担当者