

令和 年 月 日

宮城県介護研修センター 所長宛

法人名  
(事業所名)  
代表名

印

## 研修受講辞退願

下記の通り、研修受講を辞退させていただきます。

記

研 修 名	
研 修 日 程	
受 講 辞 退 者	
所 属 事 業 所	
事 業 所 所 在 地	
事 業 所 電 話 番 号	
辞 退 理 由	

※受講辞退者自署氏名 \_\_\_\_\_