令和　　年　　月　　日

障害者地域支援・研修センター

所　長　　様

事業所名

管理者名　　　　　　　　　　　　　　　 印

（管理者名が自署の場合、公印不要）

（個人受講の場合、個人名を記載）

研修辞退届

表記のことについて、下記の通り届け出ます。

記

１．研　　修　　名：

２．受講者名及び受講番号：

３．理　　　　　由：

＊要項に記載のとおり「受講決定通知書」受領後はいかなる場合でも「研修負担金」はお支払いいただきますので、ご承知おきください。

＊不要な箇所は適宜削除してください。

以上