

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