

# 研 修 参 加 辞 退 届

特定非営利活動法人  
栃木県障害施設・事業協会  
会 長 菊 地 月 香 様

〒

施設又は事業所住所 \_\_\_\_\_

施設又は事業所名 \_\_\_\_\_

施設長又は管理者氏名 \_\_\_\_\_ 印

受講番号 \_\_\_\_\_

受講者氏名 \_\_\_\_\_ 印

令和 年 月 日

研修会名	
開催期日	
辞退理由	

※FAX 又はメールにて送信して下さい。

FAX : 028-612-1902 / MAIL : kensyu@tochigi-chiteki.org 担当 : 久保居