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　　菊地達美　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