令和　　年　　月　　日

茨城県保健医療部　健康推進課

認知症介護等研修担当　御中

法人名

事業所名

代表名　　　　　　　　　　　　（自署）

研修受講辞退願

　諸事情により，以下の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