辞退される方各位

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福岡県社会福祉協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・人材・研修部

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福祉・介護研修センター

令和５年度福岡県介護支援専門員実務研修の受講辞退について

　このことについて、別紙辞退届に必要事項をご記入の上、下記あて郵送ください。

記

１　辞退連絡先及び辞退届郵送先

社会福祉法人　福岡県社会福祉協議会

施設・人材・研修部　福祉・介護研修センター　担当　稲留、鳥居

〒８１６－０８０４ 春日市原町３－１－７　クローバープラザ東棟４階

ＴＥＬ ０９２－５８４－３４０１　ＦＡＸ ０９２－５８４－３４０２

**受講辞退届**

令和　　年　　月　　日

　社会福祉法人　福岡県社会福祉協議会　様

　　　　　　　　　　　　　　申　請　者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　申　請　者　住　所　　〒　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　申 請 者 電 話 番 号　　　　　　－　　　　－

　このことについて、下記の令和５年度福岡県介護支援専門員実務研修の受講を辞退します。

記

**１　辞退理由**

|  |
| --- |
|  |

**２　研修受講番号及び研修コース**

（１）受講番号：　　　　　　（２）研修コース：　あコース

**３　受講料**　【 納付済　・　未済 】（どちらかに○印を付けてください）

　　※受講料を振込み後に、辞退した方（全日程キャンセルした方に限る）については、受講料を払い戻します。なお、その場合は**、手数料が自己負担となります**ので、ご承知おきください。

【振込口座】（納付済で全日程受講しない方のみ記入してください）

|  |
| --- |
| 　　◆銀 行 名：　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店　　◆口座番号：（ 普通・当座 ）　№　　　　　　　　　　　　　　　　　フ　リ　ガ　ナ　　◆口座名義：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |