

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6年度福岡県主任介護支援専門員更新研修の受講辞退について

このことについて、別紙辞退届に必要な事項をご記入の上、下記あてメール又は郵送等ください。

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、糸山
〒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6年度福岡県主任介護支援専門員更新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: C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) No. _____

フリガナ

◆口座名義: _____