

愛媛県社会福祉協議会 人材研修課行
〒790-8553 松山市持田町三丁目 8 番 15 号

愛媛県社会福祉協議会会長 様

受講辞退申出書

令和 年 月 日

下記のとおり、当該職員の受講を辞退いたします。

所 属 名 _____

代表者氏名 _____ 印

研修名	令和2年度介護支援専門員更新（実務未経験者対象）・再研修
受講者氏名	
受講番号	
辞退理由	

※所属なしの場合、下記に自筆で署名、捺印のこと

受講者氏名 _____ 印