

研修受講辞退届

平成 年 月 日

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会
会長 宛

住 所 _____

事業所名 _____

受講者名 _____ (印)
(受講番号 _____)

このたび、下記の理由により秋田県介護職員等によるたん吸引等研修の受講を辞退します。

記

辞退理由 _____

推薦者

事業所名 _____

施設長(管理者)名 _____

印