

## 受講決定取消申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会事務局長 様

市町名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

利用者ID \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

下記のとおり受講決定取消を申請します。

日程

分野名	日程		
	内容①	内容②	内容③
	/	/	/
氏名	生年月日		
(ふりがな)	西 暦		
	年	月	日
理由	受講状況 (事務局使用欄のため記入不要)		
	① 未・済	② 未・済	③ 未・済

※ 取り消しについては、今年度中に振替しない（できなかった）場合、翌年度以降に再度全日程をお申し込みいただき、3日程を受講していただくことになります。

上記申請内容を確認の上、下記へ FAX にて送信してください。

FAX 028-643-3340

保育士等キャリアアップ研修 担当 宛

&lt;センター記入欄&gt;

 上記の受講決定を取り消しました。

担当者

※ 返信 FAX を受け取り後、保育士等キャリアアップ研修管理システムの確認ページで申請内容を再度ご確認ください。

(処理日) /