

参加決定取消申請書（コロナウィルス感染予防）

令和 年 月 日

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会
福祉人材・研修センター所長 様

市町名 _____

施設名 _____

TEL _____

担当者名 _____

下記のとおり参加決定取消を申請します。

日程（該当する内容日程のみ記入してください。）

分野	内容① 日程	内容② 日程	内容 ③日程
	月 日	月 日	月 日
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

※緊急事態宣言期間中の研修をコロナウィルス感染予防のために取り消した場合、今年度受講終了分を翌年度に持ち越すことができます。取り消した研修「内容」を翌年度に受講し、今年度受講分のレポートに合わせ、レポートをご提出いただくことで、翌年度に修了証を発行いたします。

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。

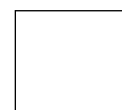
FAX 028-643-3340

保育士等キャリアアップ研修 担当 宛

※ 取消処理は順次行い、返信 FAX は行いません。

※ 研修管理システムの申込履歴で、申請内容を取消研修日前に、再度ご確認ください。

（「決定」が「キャンセル」表示となります。）



(処理日)

/