

# 研修受講辞退届

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