

令和4年度 福岡県相談支援従事者初任者研修

受講キャンセルの申請書

標記研修について、下記の通り受講のキャンセルを申請します。

受講コース ※○を付けてください	講義のみ	全日程	演習のみ
受講番号 ※受講決定通知書参照			
申込者 氏名			
キャンセルの理由			
法人名称			
法人代表者・印			法人印
申込者署名・印			申込者印

※法人からの推薦でお申込をされた方は「法人印」・「申込者印」の両方を必ず、押印ください。

※個人でお申込された方は「申込者印」を必ず、押印ください。

※受講料の返金はできかねますのでご了承下さい。

送付先 FAX : 092-433-6553

問合せ先

一般財団法人 保健福祉振興財団 福岡支部  
福岡県相談支援従事者研修係  
TEL 092-433-6552 FAX 092-433-6553