

**福岡県相談支援従事者現任研修  
受講キャンセル申請書**

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。

受講番号		
申込者氏名		
法人名称・勤務先名		
キャンセルの理由		
勤務先担当者署名・印		法人印 または 事業所印
申込者署名・印		申込者印

※ 法人からの推薦で申込みをされた方は「法人印または事業所印」・「申込者印」両方を必ず、押印してください。

※ 個人で申込みをされた方は「申込者印」を押印してください（勤務先担当者・印は不要です）。

※ 受講料の返金はできかねますのでご了承ください。

提出方法：必要書類添付フォーム（本申請書データを添付）



<https://hfsz.form.kintoneapp.com/public/001c03ddccdd668d5f105e077d300cd422a56544efc39963365f0ae235330466>