

令和5年度 福岡県有料老人ホーム職員実務研修 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。

※キャンセルをご希望の日程に○をつけてください

Aコース	日程①	日程②
Bコース	日程③	日程④
Cコース	日程⑤	日程⑥
受講番号 ※受講決定通知書参照		
受講者 氏名		
キャンセルの理由		

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

福岡県有料老人ホーム職員実務研修係

TEL 092-433-6552 FAX 092-433-6553