

# 令和6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

前期	Aコース	Bコース	Cコース
後期	Aコース	Bコース	Cコース
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