研修受講辞退届

令和　　　年　　　月　　　日

岡山県知事　伊原木　隆太　殿

（所在地）

（法人名）

（代表者職名・氏名）

（担当者）

下記の者について、認知症対応型サービス事業管理者研修の受講を辞退させていただきたく届け出ます。

記

１　勤務先施設名

２　受講者氏名

３　研修名

４　受講予定日

５　辞退理由

※この辞退届を「岡山県認知症介護研修取扱要領」５に規定する振替の取扱いを受けるためのやむをえない事由を証明する書類とするときは押印が必要です。