

新潟市認知症介護研修受講辞退届

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

(法人名)

(住所)

(代表者名)

令和 年 月 日付け新地包ケ第 号で通知のあった下記の者に係る認知症介護研修受講の受講決定について、下記の理由により辞退させていただきます。

記

研修を辞退する者	氏名	
	所属施設等	
辞退する研修の名称		
辞退の理由		