FAX送信先（添書不要）

（公財）いきいき岩手支援財団　研修課　認知症介護研修担当　あて

**FAX　０１９－６２５－７４９４**TEL　019-629-2300

**岩手県認知症介護実践者等養成研修　受講取り消しについて**

　下記のとおり、研修の受講を取り消します。

記

１　研修名(○または□で囲んでください)

実践者　・　実践リーダー　・　開設者　・　管理者　・計画作成担当者

２　受講予定者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| TEL |  |

３　取り消し理由

４　記入日　　　令和　　　年　　　月　　　日

(送信者)

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 職・氏名 |  |
| TEL |  | FAX |  |