FAX送信先（添書不要）

（公財）いきいき岩手支援財団　公表・研修課　介護支援専門員研修担当　あて

**FAX　０１９－６２５－７４９４**TEL　019-629-2300

**岩手県介護支援専門員研修　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　受講申込者（送信者）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 |  |

２　研修名(○または□で囲んでください)

実務 ・ 専門Ⅰ･更新Ⅰ ・ 専門Ⅱ･更新Ⅱ ・ 更新(未経験者) ・ 再 ・ 主任 ・ 主任更新

３　取り消し理由

４　記入日　　　令和　　　年　　　月　　　日