

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 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	