

FAXのみ受付

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号 _____ - _____ 氏名 _____ 印 _____

※学籍番号が不明な場合は空欄可

受講取消願

下記の事由により、下記研修会の受講取消を依頼します。

研修会名	
事由	
入金有無 <small>※該当項目に☑する</small>	<input type="checkbox"/> 入金済み(入金日 /) <input type="checkbox"/> 未入金

※ 受講期間以降の取消の場合、納入済みの受講料は一切返還しません。返金対象の方には、別途手続きのご案内をいたします。