

評価者研修受講辞退届

令和 年 月 日

公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 様

所属評価機関名
(申請機関名)

代 表 者 名 印

____年度東京都福祉サービス第三者評価 評価者研修の受講の辞退を、下記
のとおり届け出ます。

記

研 修 種 別	<input type="checkbox"/> フォローアップ研修(共通) <input type="checkbox"/> 養成講習(____)コース <input type="checkbox"/> 評価機関支援研修	<input type="checkbox"/> フォローアップ研修(専門) <input type="checkbox"/> 社会的養護研修
研 修 名 (フォローアップ専門のみ)		コース
氏 名		印
評価者番号	H	受講生番号 (養成講習のみ)
辞退の理由		