〒849-0935　佐賀市八戸溝１丁目15番3号
公益社団法人　佐賀県社会福祉士会
fax：0952-36-6263

事務局整理番号
【　　】

研修キャンセル依頼書

下記の受講者は研修につきまして、キャンセルを致します。

受講番号		研修名
申込者氏名	印	
連絡先	〒　　－	連絡先 電話：　　（　） Fax　：　　（　）
備　考		

返金が発生する場合は下記に振込口座ご記入ください。（返金の発生の有無は事務局に問い合わせください TEL:0952-36-5833）

なお、返金はご指定いただいた口座へキャンセル料と振込手数料を差し引いた額を振り込みます。

【振込口座】

金融機関名		支店名	
種別	普通・当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

・キャンセル料及び期限については、各研修会の実施要領等をご確認ください。

※ 受講費振込の前にキャンセル（受講費振込をしていない状況）の場合は、キャンセル料は発生しません。

受講費からキャンセル料と振込手数料が差し引かれて返金されることを了承します。

年　　月　　日

所属名

所属長　　職

印