**受　講　辞　退　届**

　　年　　月　　日

鳥取大学医学部附属病院

医療スタッフ研修センター長 殿

私は、この度、下記のコースの受講を辞退いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| コース名 | ・Ⅰ 在宅生活志向をもつ看護師育成コース・Ⅰ 実践コース（在宅生活志向をもつ看護師育成コース） ・Ⅱ 在宅医療・看護体験コース ・Ⅲ 訪問看護能力強化コース |
|
|
| ふりがな |  |  | 受講生番号 | 勤務先名・部署 |
| 受講生氏名 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 辞退理由 |

※ご記入いただいた個人情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。

【提出先・問合せ先】鳥取大学医学部附属病院 医療スタッフ研修センター

 　　在宅医療推進支援室　　電話：0859-38-6994 FAX ：0859-38-6996

・・・・・・・・・・・・・・（在宅医療推進支援室 記載欄）・・・・・・・・・・・・・・

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　付　日 | 年　　月　　日 | 受 付 者 |  |
| 備　　考 |  |

履修証明書の発行　　　有　・　無

履修

**記　入　例**

**受　講　辞　退　届**

　　年　　月　　日

鳥取大学医学部附属病院

医療スタッフ研修センター長 殿

私は、この度、下記のコースの受講を辞退いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| コース名 | ・Ⅰ 在宅生活志向をもつ看護師育成コース・Ⅰ 実践コース（在宅生活志向をもつ看護師育成コース） ・Ⅱ 在宅医療・看護体験コース ・Ⅲ 訪問看護能力強化コース |
|
|
| ふりがな | とりだい | はなこ |  | 受講生番号 | 勤務先名・部署 |
| 受講生氏名 | 鳥大 | 花子 | ３８４００１ | 鳥取大学医学部附属病院　○○病棟 |

|  |
| --- |
| 辞退理由　例）・県外へ転居することとなり、受講継続が難しくなったため。　　 ・体調不良により、受講継続が難しくなったため。 |

※ご記入いただいた個人情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。

【提出先・問合せ先】鳥取大学医学部附属病院 医療スタッフ研修センター

 　　在宅医療推進支援室　　電話：0859-38-6994 FAX ：0859-38-6996

・・・・・・・・・・・・・・（在宅医療推進支援室 記載欄）・・・・・・・・・・・・・・

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　付　日 | 年　　月　　日 | 受 付 者 |  |
| 備　　考 |  |

履修証明書の発行　　　　・　無