

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

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、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