

受講料返還願

西曆 年 月 日

社会医療法人渡邊高記念会
理事長 佐々木 恭子 殿

受験番号：

受験者氏名：

私は、西暦 年 月 日に看護師特定行為研修受講料を納入いたしました。

しかしながら、別紙研修辞退届の理由により、研修の受講を辞退させていただきたく存じます。つきましては、受講料の返還をお願い申し上げます。

なお、返還にあたりましては振込み手数料を除く返還額を下記口座へお振込み願います。

【返還金振込先】

銀行名	支店名	預金 種目	口座番号（右詰め）							口座名義人	
銀行	支店	普通								ｶﾅ	
										漢 字	