

埼玉職業能力開発促進センター所長 殿
FAX 048-882-4070

令和 年 月 日

下記のセミナーをキャンセルいたします。

在職者訓練取消依頼書

会社名	*個人申込の方はお名前をご記入下さい。		
所在地	〒		
			TEL
担当者	所属部署		業種
	氏 名		社員数 <small>*おおよそでかまいません 名</small>

※個人申込の方は、会社名（個人名）、所在地、TEL、FAXを記入ください。

※キャンセルの期限は該当コース開講日の15日前（土日祝日にあたる場合は、その前の平日）までです。

キャンセル期限を過ぎますと、受講料を全額ご負担いただきますのでご注意ください。

	コース番号	コース名	開講日(初日)	受講者氏名
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

* 記入しきれない場合は、本書式をコピーしてお使いください。