

(一社) 日本 ALS 協会岩手県支部
 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための第 3 号研修 (特定の者対象)
 受講料返金請求書

様式 10

※数字など明確にご記入ください。

提出日 西暦 年 月 日

受講日			
(フリガナ) 氏名			受講者番号
	印		
研修区分		基本研修	15,000 円
		実地研修 (委託費あり)	8,000 円
		実地研修 (委託費なし)	3,000 円
事業所名			
事業所所在地			
事業所電話番号		担当者名	
振込金融機関 <small>注意) ゆうちょ銀行不可</small>	金融機関名		
	支店名		
	種別		
	口座番号		
口座名義	フリガナ		
	漢字		

【返金理由】 ○印をご記入ください。

全体		(1) 天災等により公共交通機関が運行停止となった場合
基本研修		(2) 受講日前日 (16 時まで) に電話連絡により受講を取りやめた場合
		(3) 研修機関 (当事業所) の不測の事態による研修中止の場合
実地研修		(4) 受講生が感冒・インフルエンザ・細菌性腸炎等の感染性疾患に罹患した場合
		(5) 受講生が事故による受傷・疾患による入院等で就労不能の場合
		(6) 受講生が死亡した場合
		(7) 受講生の親族が死亡し、所属事業所で定める忌引きに該当した場合
		(8) 利用者の心身が研修に耐えられない状態の場合
		(9) 利用者が死亡した場合
その他		(10) 何らかの事情により、返金相当と判断される場合 (利用者: 様)

※【研修事務局記入欄】 * 振込手数料は受講者負担。受講料より振込手数料を差し引いた金額を振込する。

受講者管理 NO		返金額		円	手数料		円
書類受理日	年 月 日	印	振込完了日	年 月 日	印		

受講者の所属事業所→日本 ALS 協会岩手県支部