

令和 年 月 日

(あて先)

埼玉県保健医療部長

住所：

氏名： 印

### 令和2年度埼玉県専任教員養成講習会の受講辞退について

令和2年 月 日付けで受講決定を受けた埼玉県専任教員養成講習会について、  
下記の理由により受講を辞退します。

#### 記

○辞退の理由

[ ]

推薦者確認欄（施設推薦による応募の場合に御記入ください。）

上記の事項について、相違ありません。

施設名

所在地

施設長名

印