

第 号  
年 月 日

石川県自治研修センター所長 あて

所 属 長 名 印

研修生の受講取り消しについて（申請）

年 月 日付け自研第 号により研修生に指名(決定)されました下記職員について、  
研修受講の指定(決定)の取り消しを申請します。

記

研修の名称				
職員	所属名			
	職名			
	氏名			
取り消し申請の理由				
その他参考事項				

- 注) 1 申請書を提出する場合は、あらかじめ石川県自治研修センターへ連絡すること。  
2 「取り消し申請の理由」は、具体的に記載すること。