

認定看護管理者教育課程 受講辞退届

記入日 西暦 年 月 日

公益社団法人 東京都看護協会 会長 様

令和 8 年度 認定看護管理者教育課程の受講を下記の理由により辞退します。

ふりがな 氏 名		受講番号	
勤 務 先		電話番号	
認定看護管理者教育課程 (<input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい)	<input type="checkbox"/> ファーストレベル <input type="checkbox"/> セカンドレベル <input type="checkbox"/> サードレベル		

理由

電話連絡後、この書類を郵送してください。

郵送先：〒160-0023 東京都新宿区西新宿 4-2-19

東京都看護協会 教育部 認定看護管理者教育課程担当者宛