

令和 年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 事務局長 殿

勤 務 先 :

勤務先住所 :

氏 名 :

受講料領収書再発行願

次の研修の領収書について、再発行していただくようお願いします。

記

1 研 修 名 _____

2 領 収 日 _____ 令和・平成 年 月 日

3 金 額 _____ 円

4 再発行理由 _____