日精協通信教育　**申込み辞退届**

（公社）日本精神科病院協会

日本精神科医学会　通信教育分科会　殿

**下記の受講申し込みを辞退します。**

お問い合わせNo.

受講コース：

氏　名：

辞退理由：

《ご依頼者》＊ご本人様からのお申し出の場合、下記の記入は不要です

勤 務 先 ：

所属/役職：

氏　名 ：

連絡先 ：