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