令和　　年　　月　　日

　市町村職員中央研修所

　学　長　様

公印

○○長　○○　○○

返　　金　　願

　　下記のとおり、研修受講に要する費用の返金をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 | 　 |
| 研修期間 |  | ～ |  |
| 受講者氏名 | 　 |
| 返金額 | 　　　　　　　　円 |
| 返金先口座情報 | 銀行名：○○銀行　○○支店預金種別：（普通・当座）口座番号：口座名義ﾌﾘｶﾞﾅ：口座名義： |
| 返金理由 |  |

研修担当課

担当者職氏名

電話番号