

(様式：欠席等届)

岩手県認知症介護実践者等養成研修

欠席・遅刻・早退・離席届

令和 年 月 日

下記のとおり、欠席・遅刻・早退・離席（ します。 しました。 ）

| | | | | | |
|---------|-----------------|-----------|---------|----|---------------|
| 受講年度 | 令和 年度 | | | | |
| 研修名 | 開設者 (第 | 管理者 期) | 計画作成担当者 | 基礎 | 実践者 実践リーダー |
| 氏名 | | 連絡先※ | 本人 | - | - |
| | | | 職場 | - | - |
| 事業所名称 | | | | | |
| 欠席等日時 | 令和 年 月 日 時 分 から | | | | |
| | 令和 年 月 日 時 分 まで | (時間 分) | | | |
| 欠席等の科目名 | | | | | |
| 欠席等の理由 | | | | | |
| 備考 | | | | | |

※ 連絡先は、日中に確実に連絡がとれる電話番号を記載してください（携帯電話可）。

【事務局欄】

受理者 _____