

(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	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 _____