**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　　管理者　　計画作成担当者　　実践者　　実践リーダー（第　　　　期） |
| 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（　　　時間　　　分）令和 　　年 　　月 　　日 　　時 　　分　まで |
| 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