

様式A（この用紙はコピーして使用すること。）

第12回愛知県介護支援専門員実務研修

欠席届

平成21年度更新研修（実務未経験者）・再研修

平成 年 月 日

社会福祉法人 愛知県社会福祉協議会長様

受講生番号

氏 名 印

電話番号（※）

※（平日の昼間連絡の取れる電話番号を記入のこと）

私は、下記の理由により今回の実務研修・更新研修（実務未経験者）・再研修を欠席したいので、よろしくお願ひいたします。

なお、次回の研修は参加したいので研修日程をご連絡くださるようお願ひします。

記

1 欠席日程 第 日目、第 日程（平成 年 月 日）

2 欠席理由

3 その他連絡事項

※更新研修（実務未経験者）の方で欠席される方は、有効期限が切れた後は、再研修を最初から受講しなおすこととなります。この場合、再度申込み手続きが必要です。