

提出先まで郵送または御持参ください(ファクシミリ不可)

令和 年度介護支援専門員研修 欠席届

年 月 日

項目の内容を確認のうえ、全ての項目に御記入ください。

研修名	令和 年度 介護支援専門員(専門・更新・主任・主任更新・実務)研修									
受講番号		登録番号 (8桁)								
フリガナ										
氏 名										
欠席 年月日	課程Ⅱ A ・ B ・ C コース(○をつけてください。) 年 月 日()									
振 替 年月日	A ・ B ・ C コース / 月 日() (※振替えを希望されるコースに○をし、日付を御記入ください)									
欠席科目										
欠席理由										
勤務先	事業所名									
	電話番号									
※事務局使用欄										

※この申込書に記載された個人情報は、本研修の運営管理のみに使用します。

<問合せ・提出先> 鳥取県社会福祉協議会 福祉人材部 研修係
 〒689-0201 鳥取市伏野 1729-5(県立福祉人材研修センター内)
 電話(0857)59-6336