

欠席連絡書・補講申請書

令和 年 月 日

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会長 様

申請者

住所.....

氏名.....印

受講番号.....

電話.....

かながわ介護職員初任者研修(通学課程)の次の講義を欠席しましたので、連絡します。
また、次のとおり補講を申請します。

現研修受講地区	<input type="checkbox"/> 横須賀三浦地区 <input type="checkbox"/> 湘南地区 <input type="checkbox"/> 県央地区
欠席した年月日	令和 年 月 日
欠席した講義内容	<input type="checkbox"/> 全科目 <input type="checkbox"/> 一部の科目 科目番号・項目番号 項目名
欠席した理由	
希望補講方法	<input type="checkbox"/> 補講講義 <input type="checkbox"/> レポート補講
補講希望地区 及び開催日	<input type="checkbox"/> 横須賀三浦地区 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 湘南地区 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 県央地区 (令和 年 月 日)
注意事項	1 欠席は必ず事務局に連絡してください。 2 演習の補講希望地区等の選択にあたっては、ホームページ等で研修開催日を必ず確認の上行ってください。 3 事務局で希望補講方法、補講希望地区を変更する場合は、連絡し調整します。