### （様式第1号）

令和 　　年　 　月　　 日

茨城県地域リハビリテーション支援センター長　殿

研修期間延長申請書

下記理由により、研修期間延長を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 申込み時に登録した  （携帯 NO 下 4 桁） |  |
| ID（メールアドレス）※ |  |
| 延長申請事由  （○をつける） | １．病気療養 　　　　　　　　　２．出産・育児  3．介護休暇を取得される方 ４．その他（ 　　　　　　　　） |
| 未受講期間 | 年　　　　月　　　　日　　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ＜申請方法＞  ・証明する書類のコピーと併せて、下記送付先にメールで送信ください ※不明な点（証明する書類がすぐに用意できない、延長期間など）は下記までご連絡ください  ・氏名・生年月日・携帯下 4 桁で本人確認をしますのでもれなく記入ください | |

※メールアドレスの記入には、o(オー）0(ゼロ）-（ハイフン）\_（アンダーライン）l（エル）1（イチ）など、区別が付くように記入をしてください。

※延長申請が承認されましたら、「延長通知書」を発行致します。（申請より1～2か月後の発行となります）

＜送付先＞

一般社団法人 茨城県リハビリテーション専門職協会

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局  使用欄 | 受付日 |  | 承認日 |  | 延長期間 | 年　　　月　　　日　～  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

Mmail： reha-info@irpa.jp