

(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
<p><申請方法></p> <ul style="list-style-type: none">・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) | (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

Mmail : reha-info@irpa.jp

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