

(様式第 5 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

## 集合研修 免除申請書

次のとおり集合研修の読み替えを申請します。

受講者名	
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) ※	
免除を希望する講義名	
免除を希望する根拠	
証明書類	<input type="checkbox"/> 所属長による証明 上記の理由について所属長として証明します  所属先名  役職  氏名 印  <input type="checkbox"/> 添付 (資格証のコピー)

<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

E-mail : reha-info@irpa.jp FAX : 029-353-8475