（様式第4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 | □　所属長による証明　上記4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□　添付（資格証のコピー） |