

(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)