

(別添様式2)

アイケア・ネット介護職員初任者研修

欠 席 届

平成 年 月 日

特定非営利活動法人

アイケア・ネット 理事長 様

受講者住所

氏名

印

私は、次のとおり平成28年度第1回アイケア・ネット介護職員初任者研修の講義を欠席するので届け出ます。

記

○欠席年月日 平成 年 月 日

○欠席する講義

1	科目名	( )
	項目名	○
2	科目名	( )
	項目名	○
3	科目名	( )
	項目名	○
4	科目名	( )
	項目名	○
5	科目名	( )
	項目名	○
6	科目名	( )
	項目名	○

└─ 欠席する講義に「○」印を付すこと。

○欠席する理由