届出様式２

自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議アドバイザー養成研修

遅刻・早退・欠席・辞退　届

　　　令和　　　　年　　　月　　　日

公益財団法人東京都福祉保健財団理事長　殿

私は、以下のとおり（　遅刻　・　早退　・　欠席　・辞退　）をいたしますので届け出をいたします。

記

１　受講日　令和４年　　月　　日**（ A ・ B ・ C コース １・２ 日目）**

２　氏　　名

３　受講番号

４　区市町村名

（所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　理　　由

※遅刻・早退の場合は、おおよその時間を余白にご記入ください。