

※FAXを使用する場合、〈届出様式〉の到着確認を電話にて必ず行ってください。

〈届出様式〉

FAX 番号：03-3344-7281（送り状は不要です。）

公益財団法人東京都福祉保健財団 殿

令和4年度（第3期）東京都子育て支援員研修

遅刻・早退・欠席・辞退について

令和 5 年 月 日

地域保育コース

クラス名 _____ クラス _____

受講番号 _____

受講者名 _____

下記により（遅刻・早退・欠席・辞退）について、届出ます。

※いずれかに○をつけてください。

記

- 1 受講日及び入退室時刻（遅刻・早退）※いずれかに○をつけてください。

月 日（ ） 時 分

※体調不良等による遅刻・早退の場合、定員の空き状況により受講日の振替が可能です。
希望される方は、備考欄にご希望の日程をご記入ください。

理由：	備考：
-----	-----

- 2 終日欠席の場合

月 日（ ） 月 日（ ） 月 日（ ）

※体調不良等による欠席の場合、定員の空き状況により受講日の振替が可能です。
希望される方は、備考欄にご希望の日程をご記入ください。

理由：	備考：
-----	-----

- 3 辞退の場合

令和4年度（第3期）東京都子育て支援員研修を辞退いたします。

理由：
