

郵送・FAX・メールにより提出してください

※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。

FAX 番号：03-3344-7281（送り状は不要です。）

※メールで提出される場合の送付先は kosodate@fukushizaidan.jp です。

必要事項を記載の上、右のQRコードからメールで画像を送信してください。



〈届出様式〉

公益財団法人東京都福祉保健財団 殿

令和5年度（第1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。

※該当するものに○をつけてください。

記

1 遅刻、早退、欠席の場合

（遅刻・早退・欠席）※該当するものに○をつけてください。

受講日及び入退室時刻 月 日（ ） 時 分入室 時 分退室
月 日（ ） 時 分入室 時 分退室

※体調不良等による遅刻・早退、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、募集要項の日程を確認のうえ、備考欄にご希望の日程をご記入ください。

理由：	備考：
-----	-----

2 辞退の場合

令和5年度（第1期）東京都子育て支援員研修を辞退いたします。

理由：	備考：
-----	-----

3 見学実習日を変更する場合（区市町村手配の方のみ）

月 日（ ）から 月 日（ ）に変更

月 日（ ）から 月 日（ ）に変更

理由：
