

# 補 講 申 請 書

平成 年 月 日

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会長 様

申請者

住所.....

氏名.....印.....

受講番号.....

電話.....

かながわ介護職員初任者研修(通学課程)の次の講義を欠席しましたので、次のとおり補講を申請します。

研修受講地区	<input type="checkbox"/> 横須賀三浦地区 <input type="checkbox"/> 湘南地区 <input type="checkbox"/> 県央地区 <input type="checkbox"/> 県西地区
欠席した年月日	平成 年 月 日
欠席した講義内容	<input type="checkbox"/> 全科目 <input type="checkbox"/> 一部の科目 科目番号・項目番号 項目名
欠席した理由	
補講希望地区 及び開催日 (演習の場合)	<input type="checkbox"/> 横須賀三浦地区 (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 湘南地区 (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 県央地区 (平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 県西地区 (平成 年 月 日)
注意事項	<b>1 補講申請する前に必ず事務局に電話で連絡してください。</b> 2 演習の補講希望地区の選択にあたっては、ホームページ等で研修開催日を必ず確認の上行ってください。