

タスク・シフト/シェアに関する厚生労働省指定講習会  
実技講習 当日欠席兼不完全履修理由書

開催日時	令和 年 月 日	開催会場	
受講番号		氏 名	印
<p>私は、上記講習会を下記の理由で受講できませんでした。別日、別会場での受講を希望しますので、入金済受講料の繰越を希望します。</p>			
<p><b>【欠席理由】</b></p> <p style="text-align: center;">1 業務の都合      2 交通事情      3 体調理由      4 その他</p> <p>(具体的に)</p>  <p><b>【不完全履修理由】</b> 遅刻 ・ 早退 ・ 中抜け</p> <p style="text-align: center;">1 業務の都合      2 交通事情      3 体調理由      4 その他</p> <p>(具体的に)</p>			
<p>(業務の都合の場合のみ)</p> <p style="text-align: center;">上記、証明致します。</p> <p>施 設 名 _____</p> <p style="text-align: center;">所 属 長 _____ 印</p>			

- ※ 業務の都合の場合は所属長に証明をいただってください。
- ※ インフルエンザ等の疾病による欠席の場合は、医療機関の診断書又は受診書類、公共交通機構の障害による欠席の場合は遅延証明書が必要です。これが提出できない場合はその理由を必ず付記してください。
- ※ 本理由書が1週間以内に提出されない場合は無断欠席となります。
- ※ 提出先 143-0016 東京都大田区大森北 4-10-7 一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会  
電話 03-5767-5541 FAX03-3768-6722 Email task-shift2@jamt.or.jp