**欠　　席　　届**

　　年　　月　　日

鳥取大学医学部附属病院

医療スタッフ研修センター長 殿

私は、この度、申込の研修・講義・実習を以下の理由により欠席しますので届出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| コース名 | ・Ⅰ 在宅生活志向をもつ看護師育成コース・Ⅰ 実践コース（在宅生活志向をもつ看護師育成コース） ・Ⅱ 在宅医療・看護体験コース ・Ⅲ 訪問看護能力強化コース |
|
|
| ふりがな |  | 受講生番号 | 勤務先名及び部署名 |
| 受講生氏　名 |  |  |  |
| 欠　席　期　間（複数の場合は別紙へ記入） | 研修・講義・実習名（複数の場合は別紙へ記入） |
| 　　　　　　年　　　月　　　日　から　　　　　　年　　　月　　　日　まで |  |
| 欠席理由 |

※ご記入いただいた個人情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。

【提出先・問合せ先】鳥取大学医学部附属病院 医療スタッフ研修センター

 　　在宅医療推進支援室　　電話：0859-38-6994 FAX ：0859-38-6996

・・・・・・・・・・・・・・（在宅医療推進支援室 記載欄）・・・・・・・・・・・・・・

受付日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修・講義・実習変　更 | 要　　・　　不　要 | 事務処理 |
| 講師連絡 | 本人連絡 | 処理完了 |
| 代替研修・講義・実習名 | （複数の場合は別紙へ記入） |
| 実 施 日 | 年　月　日　　：　　～ | 備考欄 |  |
| 講 師 名・実習先 |  |

（別紙）　　複数の講習・実習等を欠席する場合

|  |  |
| --- | --- |
| コース名 | ・Ⅰ 在宅生活志向をもつ看護師育成コース・Ⅰ 実践コース（在宅生活志向をもつ看護師育成コース） ・Ⅱ 在宅医療・看護体験コース ・Ⅲ 訪問看護能力強化コース |
|
|
| 受講生氏　名 |  | 欠席期間 | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 欠席した講習・実習名 | 開催日 | 代替講習・実習名 | 開催日 | 連絡 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**記　入　例**

**欠　　席　　届**

　　年　　月　　日

鳥取大学医学部附属病院

医療スタッフ研修センター長 殿

私は、この度、申込の研修・講義・実習を以下の理由により欠席しますので届出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| コース名 | ・Ⅰ 在宅生活志向をもつ看護師育成コース・Ⅰ 実践コース（在宅生活志向をもつ看護師育成コース） ・Ⅱ 在宅医療・看護体験コース ・Ⅲ 訪問看護能力強化コース |
|
|
| ふりがな | とりだい　 はなこ | 受講生番号 | 勤務先名および部署名 |
| 受講生氏　名 | 鳥 大　 花 子 | ３８４００１ | 鳥取大学医学部附属病院〇〇病棟 |

|  |  |
| --- | --- |
| 講習、実習名（複数の場合は別紙へ記入） | 講習、実習名（複数の場合は別紙へ記入） |
| 　　令和〇〇年　〇〇月　〇〇日　から　　令和△△年　△△月　△△日　まで | 別紙のとおり |
| 欠席理由　例）・体調不良（風邪、インフルエンザ等）のため　　 ・職場の勤務事情により受講が困難だったため　　　　 |

※ご記入いただいた個人情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。

【提出先・問合せ先】鳥取大学医学部附属病院 医療スタッフ研修センター

 　　在宅医療推進支援室　　電話：0859-38-6994 FAX ：0859-38-6996

・・・・・・・・・・・・・・（在宅医療推進支援室 記載欄）・・・・・・・・・・・・・・

受付日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修・講義・実習変　更 | 要　　・　　不要 | 事務処理 |
| 講師連絡 | 本人連絡 | 処理完了 |
| 代替講義・実習名 | （複数の場合は別紙へ記入） |
| 実 施 日 | 年　　月　　日　：　　～ | 備考欄 |  |
| 講 師 名・　実習先 |  |

（別紙）　　複数の講義・実習等を欠席する場合

|  |  |
| --- | --- |
| コース名 | ・Ⅰ 在宅生活志向をもつ看護師育成コース・Ⅰ 実践コース（在宅生活志向をもつ看護師育成コース） ・Ⅱ 在宅医療・看護体験コース ・Ⅲ 訪問看護能力強化コース |
|
|
| 受講生氏　名 | 鳥 大　 花 子 | 欠席期間 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和△△年△△月△△日まで |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 欠席した講義・実習名 | 開催日 | 代替講義・実習名 | 開催日 | 連絡 |
| 〇〇ステーション実習 | 〇／〇～〇／〇 |  |  |  |
| 〇〇〇研修 | 〇／〇 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |