（　　　）

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　群馬県自治研修センター所長　あて

 研修主管課長

 職　員　研　修　欠　席　届

　下記のとおり欠席しますので届けます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研　修　名 |  |  |
| 欠　席　者 | 研修生番号　　第　　　班　　　　　番 |  |
|  |  |  |
| 職・氏　名 | 職：　　　　　　　　　　氏名： |  |
|  | 　　年　　月　　日　　　　　　　時　　　分から |  |
| 欠席の期間 |  |  |
|  | 　　年　　月　　日　　　　　　　時　　　分まで |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 欠席の理由 |  |  |
| (具体的に) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 備　　　考 |  |  |
|  |  |  |

※半日以上欠席する場合に提出してください。　　　　　　　　　　　　　　＜市町村職員用＞

※必ず研修主管課から提出してください。