

## e-ラーニング免除申請書

氏 名:

\_\_\_\_\_  
会員番号:

\_\_\_\_\_  
生年月日:

e-ラーニング免除規定の士会指定事業に参加いたしました。

事業名  
\_\_\_\_\_

e-ラーニングを免除するリーダー(該当する方に○をつけてください。)

地域包括ケア推進リーダー ・ 介護予防推進リーダー

上記のように、e-ラーニングの免除を申請いたします。

申請日 平成 年 月 日