

介護等体験辞退・変更届

年 月 日

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会
事務局 長 様

学校名
学部 (公印)
代表者名

年 月 日付け熊社協第 号にて決定された介護等体験の受入れについて、学生の都合により下記のとおり (辞退 ・ 変更) したいので、よろしくお取り計らいください。

記

1 介護等体験 (辞退 ・ 変更) 者

氏名 _____ 学年 _____ 年生

2 (辞退 ・ 変更) 内容

現在決定している体験期間・施設 年 月 日 ~ 月 日

施設 ()

変更を希望する体験期間・施設 年 月 日 ~ 月 日

施設 ()

3 (辞退 ・ 変更) しなければならない理由

4 受入れ決定施設との協議

- ・ 受入れ決定施設とは協議を行い承諾されているか (どちらかに○を)
 いる いない
- ・ できていない場合は理由を
()

※変更者が多数となる場合は、別表として作成されたものを添付しても可