

### 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

代表者名

(担当者名 TEL )

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