

介護等体験取消し・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 局長 様

施設名
施設長名
(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、施設の都合により下記のとおり(取消し・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(取消し・変更)者

氏名 _____ 学年 _____ 年生 大学等名 _____

2 (取消し・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

※施設種類 () 施設 ()

※施設が変更になる場合記入してください。

3 (取消し・変更) しなければならない理由

4 申込み学生・大学等との協議

・ 申込み学生・大学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