

令和6年度「福祉の職場体験事業」変更届

令和 年 月 日

社会福祉法人 熊本県社会福祉協議会
事務局 長 様

事業所名
事業所長名

印

標記事業の受入れについて、下記のとおり変更をお願いします。
記

1 変更しようとする体験希望者

氏名 _____

2 変更内容

現在決定している事業所・体験期間 事業所 ()
年 月 日 ~ 月 日 (日間)

変更を希望する事業所・体験期間 事業所 ()
年 月 日 ~ 月 日 (日間)

3 変更しなければならない理由

4 体験希望者への確認 (どちらかに○を)

あり なし

- ・ なしの場合は理由

()

※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可

※代表者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名 :	連絡先(電話番号) :
担当者氏名 :	連絡先(電話番号) :