

### 令和 7 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) : |