

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