大学等→長崎県社会福祉協議会

様式６－２

発　　　号

　　令和　　年　　月　　日

長崎県社会福祉協議会　会長　様

　大学等名

代表者名

介護等体験辞退・変更届

先に決定いたしました介護等体験について、下記の理由により申込みを（辞退・変更）いたしますので、お届けします。

記

1.【辞退・変更】○をつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生氏名 | 受入施設名 | 体験期間 | | 理由 |
| 予定 | 変更後 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（注：辞退の場合、体験期間の変更後欄は記入しないでください。）

2.連絡先

担当課・担当者名：

TEL：

FAX：

E-mail：

3.体験費用返金口座

　　　　　　銀行　　　　　　　　本店・支店　（　普・当　）口座番号

ﾌﾘｶﾞﾅ

口座名義

（注：介護等体験受入決定通知前に辞退した場合のみ記入してください。）