様式１１　　大学等・施設等　⇒　県社協

　　年　　月　　日

介護等の体験（変更・中止・辞退）届

山口県社会福祉協議会事務局長　様

大学名・受入施設名

連絡担当者名

TEL

次のとおり届け出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 学生名 | （大学・学部名） |
| 実施予定施設名 |  |
| 変更・中止・辞退をしたい期日  （決定通知書の日程） | 月　　日　～　　月　　日　（第　　週） |
| 変更後の日程 | **・**　　月　　日　　～　　　月　　日　（第　　週）  **・**　　月　　日・　　日・　　日・　　日・　　日 |
| 学校・施設との連絡・調整  （該当に○印） | 未　・　済 |
| 理由 |  |

* （変更・中止・辞退）のいずれかを○で囲んでください。