

介護福祉士修学資金休学・停学届

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 様

平成 (西暦) 年 月 日

修学生番号 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

氏 名 _____ (印)

下記のとおり介護福祉士養成施設を（休学・停学）しますので届け出ます。

記

養成施設名	
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
理 由	

※休学・停学の事実を証明する書類を添付すること。