

介護福祉士実務者研修受講資金 退学・復学届

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 会長 様

年 月 日

修学生番号 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

氏 名 _____ (印)

下記のとおり実務者研修施設を（退学・復学）しますので届け出ます。

記

研修施設名	
(退学・復学) 年 月 日	年 月 日
理 由	

※復学の場合は、理由欄の記入は不要。

※退学・復学の事実を証明する書類を添付すること。