

『 介 護 等 体 験 辞 退 届 』

令和 年 月 日

社会福祉法人
岡山県社会福祉協議会事務局長 殿

学 校 名 _____

代表者名 _____

下記のとおり、令和6年度の「介護等体験」を辞退いたしますので、よろしくお取り計らいください
ますようお願いいたします。

	学 生 名	実施予定施設	実施予定期間	辞 退 理 由
1				
2				
3				
4				
5				

※ 返金の際の口座等をご記入ください。

なお、辞退者の体験費や調整費の取り扱いについては実施要綱をご確認願います。

返 金 金 額	円
振 込 口 座	_____ 銀 行 _____ 支 店 (普通・当座)
	口座番号 _____
	ふり がな 名 義 _____