

実習辞退届

(令和 年 月 日提出)

日本メディカル福祉専門学校 学校長 様

氏 名	印	生年月日	年 月 日生
		スクールソーシャルワーク教育課程	
学籍番号		入学年度	年度

下記の事由により、実習を辞退についてご許可をお願い致します。

【申出期日： 年 月 日】						
事 由						
決定日	年 月 日 ※	受付日	受付者	処理日	処理者	
		※	※	※	※	※

※印は学校側が記入します。◎コピーをして使用してください。