

# 実習辞退願

(平成 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
		課程の種別	<input type="checkbox"/> 保育士科通信課程 <input type="checkbox"/> 科目等履修生
学籍番号		入学年度	年度

下記の事由により、実習の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
		※	※	※	※

※欄には記入しないでください。  
コピーをして使用してください。