

実習辞退願

（ 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 <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。

【申出日】		年	月	日
【配属実習先名】				
事 由				
決定日	※	年	月	日
			受付日	受付者
			※	※

※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。