

実習辞退届

（ 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。

【申出期日】		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。