【様式2】

「介護等体験」変更願

第　　　号

　　年　　月　　日

社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会　会長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | |
| 住所(連絡先) | 〒 | | |
| 担当部署名 |  | 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

下記のとおり、「介護等体験」の内容を変更したいのでよろしくお願いします。

記

1.介護等体験申込者

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |

2.変更の理由

|  |
| --- |
|  |

3.変更希望内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 決定（通知）内容 | | | | | | | | 変更希望内容 | | | | | | | |
| 期　間 |  | 月 |  | 日～ |  | 月 |  | 日 |  | 月 |  | 日～ |  | 月 |  | 日 |
| 施設名 |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 施設種別 |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 地　域 |  | | | | | | | |  | | | | | | | |

　注1）変更希望の際は、介護等体験受入調整管理表にて、確認後記入のこと

　注2）原則として予定（決定）受入期間の1ヶ月前までに提出すること