

# 実習辞退届

(平成 年 月 日提出)

日本メディカル福祉専門学校 学校長 殿

氏 名	印	生年月日	年 月 日生
		課程の種別	短期通信課程 一般通信課程
学籍番号		入学年度	年度

下記の事由により、実習を辞退いたします。

【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。