

『 介 護 等 体 験 変 更 届 』

令和 年 月 日

社会福祉法人
岡山県社会福祉協議会事務局長 殿

学 校 名 _____

代表者名 _____

下記のとおり、令和7年度「介護等体験」の日程につきまして、都合により変更の希望がありましたので、よろしくお取り計らいくださいますようお願いいたします。

1. 変更希望の学生等

	学 生 名	実 施 予 定 施 設	実 施 予 定 期 間	変 更 理 由
1				
2				
3				
4				
5				

2. 変更後の調整状況

	学 生 名	調 整 状 況 (○を附して下さい)	実 施 期 間	実 施 施 設 名
1		・調 整 済 ・調 整 希 望		
2		・調 整 済 ・調 整 希 望		
3		・調 整 済 ・調 整 希 望		
4		・調 整 済 ・調 整 希 望		
5		・調 整 済 ・調 整 希 望		

※ なお、大学等で施設と直接調整をされた場合も、本様式によりご報告をお願いします。