

郵送のみ受付

様式 3

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号 _____ 氏名 _____ 印 _____

社会福祉施設長資格認定講習課程

受 講 取 消 願

下記の事由により、本通信課程の受講の取消を依頼します。

事 由
