

様式3

年 月 日

中央福祉学院長 殿

学籍番号

—

氏名

印

児童福祉司資格認定通信課程

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

上記の者の受講取消に同意します。

公印

所属長役職・氏名

* 公印が押されていない場合は原則受理できません。