

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

社会福祉主事資格認定通信課程

**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

\*私印および公印が押されてない場合は受理できません