郵送のみ受付

様式４

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（民間課程）

勤務先退職および受講継続届

勤務先を退職しますので届けます。なお、下記のとおり、退職後の新しい勤務先は決まっています。申込時の勤務先の所属長および新しい勤務先の所属長より同意を得たので、今後も本課程の受講を許可いただきたく依頼します。また、今後の教材の送付先は下記のとおりとします。

申込時 勤務先	（法人名・施設名） （退職年月日）　　年　　月　　日 上記内容に同意します。 所属長役職・氏名　　公印
新しい 勤務先	（社会福祉施設種別名）　　（職種） （法人名・施設名） （住所）〒 （電話）　　（ＦＡＸ） （採用年月日）　　年　　月　　日 上記内容に同意します。 新勤務先所属長役職・氏名　　公印

今後の教材送付先　（　新しい勤務先　・　ご自宅　）　（○をつけてください）

＊申込時勤務先および新しい勤務先の所属長双方の公印が押されていないものは受付いたしかねます。
＊新しい勤務先にて社会福祉法に基づく第１種・第２種社会福祉事業もしくは介護保険事業または「社会福祉主事の実習施設・事業」に従事される方に限り、継続受講が可能です。
＊勤務先退職後の受講継続に関する条件等につきましては「学習の手引」を必ずご確認ください。