第３号様式（第５条関係）

大阪市保健福祉センター社会福祉実習生受入（変更・中止）申請書

年　　月　　日

大阪市福祉局長　あて

所在地

申請者　　教育機関名

代表者名

電話番号

年　　月　　日付け大福祉第　　　号で承認を受けた大阪市保健福祉センター社会福祉実習生受入れについて、大阪市保健福祉センターにおける社会福祉実習生の受入れに関する要綱第５条第１項の規定に基づき、次のとおり（変更・中止）したいので申請します。

１　対象となる実習生

２　変更・中止年月日

３　変更・中止内容及び理由