



←記名してください。

年 月 日

文京区長 殿

住所 **文京区〇〇1-1-1**  
氏名 **文京 太郎（押印は不要です）**  
電話番号 **03-1234-5678**

文京区リカレント教育課程受講料助成金変更等承認申請書

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日付〇〇〇〇文〇〇第〇〇〇号により助成金の交付決定を受けたリカレント教育課程の受講について、下記のとおり（変更・**中止**）したいので、文京区リカレント教育課程受講料助成金交付要綱第9条第1項の規定により申請します。

記

1 受講を（変更・**中止**）するリカレント教育課程

（実施機関の名称） 〇〇〇〇**専門学校**

（リカレント教育課程の名称） 〇〇〇〇**資格〇〇〇〇マスター講座**

2 受講を（変更・**中止**）する理由

**〇〇〇〇の事由が生じ、上記のリカレント教育課程の受講を続けることができなくなったため。**