番　　　　　　　号

年　　　月　　　日

　　文部科学大臣

　　　　　　　　　　　殿

北海道厚生局長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 学校法人　〇〇〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　 〇〇〇〇

介護福祉士実務者学校指定取消申請書

　標記について、社会福祉士及び介護福祉士法施行令第８条の規定に基づき申請します。

介護福祉士実務者学校指定取消申請書

|  |  |
| --- | --- |
| １名　　 称 | ○○大学○○学部○○学科○○コース |
| ２位　　 置 | 〒○○市○○ |
| ３設　置　者 | 名　称 | 学校法人○○○○ |
| 代表者氏名 | 理事長○○○○ |
| 住所 | 〒○○市○○ |
| ４設置年月日 | ○○年○○月○○日 |
| ５定　員　等 | １学年の定員 | 学級数 | １学級の定員 | 修業年限 |
|  |  |  |  |
| ６大学等の長の氏名 |  |
| ７指定の取消しを受けようとする理由 |  |
| ８指定の取消を受けようとする予定期日、卒業式の日時 |  |
| ９在籍中の学生等があるときは、その措置（全員が卒業見込みならその旨） |  |
| 10学校廃止後の学籍簿等の保管方法、卒業証明書等の発行に係る業務の取り扱い |  |