番　　　　　号

年　　月　　日

　　文部科学大臣

　　　　　　　　　　　　　　殿

　　近畿厚生局長

　 　　　　　　　申　　請　　者

福祉系高等学校等指定取消申請書

　標記について、社会福祉士及び介護福祉士法施行令第８条に基づき申請します。

福祉系高等学校等指定取消申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)高等学校等 　の名称 | ○○高校○○学科○○コース | | | | | | | |
| (2)高等学校等の所在地 | 〒  ○○県○○市○○ | | | | | | | |
| (3)設　置　者 | 名　称 | 学校法人○○○○ | | | | | | |
| 代表者氏名 | 理事長○○○○ | | | | | | |
| 所在地 | 〒  ○○県○○市○○ | | | | | | |
| (4)種　類　等 | 種　類 | | １学年  の定員 | | 学級数 | １学級  の定員 | | 修　業  年　限 |
| ※該当番号（　）  （全日制・定時制・通信制） | |  | |  |  | |  |
| (5)校長の氏名 |  | | (6)開設年月日 | | |  | | |
| (7)卒業生数  　（受験資格取得者数） | | 前年度までの  卒業生数 | | 今年度の  卒業生数 | | | 合　計 | |
| 名 | | 名 | | | 名 | |
| (8)担当者氏名 |  | | (9)連絡先 | | T E L： | | | |
| F A X： | | | |
| E-mail: | | | |

（注）１　当該年度４月１日現在の状況を記載すること。

　　 ２ 「（１）高等学校等の名称」には、指定を受けている課程・コース名まで記載すること。

　　　３　「該当番号」には、法第40条第２項第４号の規定による高等学校等であって、専攻科及び別科でない場合は「①」を、専攻科（修業年限が２年以上）の場合は「②」、法附則第２条第１項の規定による特例高等学校等であって、専攻科及び別科でない場合は「③」を、専攻科（修業年限が２年以上）の場合は「④」を記載すること。

【指定取消に関する記載事項】

|  |
| --- |
| １　指定の取消を受けようとする理由 |
|  |
| ２　指定の取消を受けようとする予定期日 |
| 令和　　年　　月　　日 |
| ３　在籍中の生徒がある時は、その措置 |
|  |

　○　添付書類（その他必要な書類）

　　(1) 介護福祉士養成の廃止を議決している旨を記した理事会議事録等

　　(2) 文部科学省又は学事担当部局へ提出した変更・廃止等の書類の写し

　　　　※必要に応じて