平成　　年　　月　　日

　　文部科学大臣

　　　　　　　　　　　　　　殿

　　近畿厚生局長

　 　　　【法人名】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【代表者名　代表者印】

大学等確認取消申請書

　標記について、社会福祉に関する科目を定める省令第８条に基づき申請します。

**大学等確認取消申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| １名　　 称 | 【○○大学　○○　学部　○○　学科　○○コース】 |
| ２位　　 置 | 〒【○○県○○市○○…】  |
| ３設　置　者 | 名　称 | 【学校法人　○○○○】 |
| 代表者氏名 | 【理 事 長　○○○○】 |
| 住所 | 〒【○○県○○市○○…】 |
| ４設置年月日 | 平成○○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確認の取消しを受けようとする理由 |  |
| ８確認の取消を受けようとする予定期日 |  |
| ９在籍中の学生等があるときは、その措置 |  |
| 10今後の各種証明書の発行等について |  |

　**○　添付書類（その他必要な書類）**

　　(1) 社会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