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】

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条に基づき申請します。

記

【養成施設名　学部　コース名まで明記】

**介護福祉士実務者学校指定取消申請書**

**【概要】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)指定養成施設等の名称 | 【○○大学　○○　学部　○○　学科　○○コース】 | | | | | | | | | |
| (2)指定養成施設等の所在地 | 〒  【○○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 |
| 指定規則第【】条の学校  (昼間課程・夜間課程・通信課程) | | |  | | |  |  | |  |
| (5)学校の長の　 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: | | | | |

**【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 |
| 平成　　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