番　　　　　　号

令和　年　月　日

　　文部科学大臣

　　　　　　　　　　　　　　殿

　　四国厚生支局長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）**

　　・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