様式第1－7

発翰番号

年　月　日

　　　大阪府知事　様

設置者名　○○○○

代表者名　○○○○

保健師（助産師、看護師）養成所の指定取消申請について

　標記について、保健師助産師看護師法施行令第16条第１項の規定に基づき、保健師(助産師、看護師)養成所の指定を取り消されるよう、第17条の規定に基づき、添付書類を添えて申請します。