様式第5

変更計画(変更承認申請)の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設置者 | 名称 |  |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位 |
| 養成所 | 名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 課程名 |
| 位置 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 変更予定年月日 |  |
| カリキュラムの種類 | 単独のカリキュラム | 統合カリキュラム |
| 保健師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 | 看護師保健師 | 看護師助産師 |
| ３年課程 | ２年課程 |
| 修業年限（全日制、定時制等の別） |  |  |  |  |  |  |  |
| １学年定員 |  |  |  |  |  |  |  |
| その他の併設養成所 | 養成所（課程）　　名（入所定員　　名・総定員　　名） |
| 変更内容 |  | 現行 | 変更後 |
| 学則 |  |  |
| 課程 |  |  |
| 教育課程 |  |  |
| 修業年限 |  |  |
| 入所定員 |  |  |
| 校舎の各室の用途及び面積 |  |  |
| 実習施設 |  |  |
| 1学年学級数 |  |  |
| 変更理由の概要 |  |