様式第8

指定取消申請の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |
| 取消年月日 | |  | | | | | | |
| 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） | | | | | | |
| 取消しを受けようとする理由 | | |  | | | | | |
| 卒業できない学生への配慮 | | |  | | | | | |
| 学籍簿の保管先 | | |  | | | | | |