様式第9

届出の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 変　更　内　容 | 設置者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地） |  |  |
| 養成所の名称 |  |  |
| 養成所の位置 |  |  |
| 学則 |  |  |
| 変更理由 |  |