様式第1―5

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)養成所の学則(課程、修業年限、

教育課程又は入所定員)の変更、校舎の各室の用途及び

面積の変更並びに実習施設の変更承認申請について

標記について、保健師助産師看護師法施行令第13条第１項の規定に基づき、学則(課程の廃止、修業年限、教育課程又は入所定員)の変更、校舎の各室の用途及び面積の変更並びに実習施設の変更について、次のとおり承認されるよう、添付書類を添えて申請します。