

様式第4号(第5条関係)

指定養成所の指定取消申請書

年 月 日

宮城県知事

殿

設置者の氏名及び住所

(法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地 及び代表者の氏名)

指定養成所の指定の取消しを受けたいので、歯科衛生士法施行令第8条の2の規定により下記のとおり申請します。

記

1 指定の取消しを受けようとする指定養成所の名称及び位置

名 称	
位 置	〒 電話：

2 指定の取消しを受けようとする理由

3 指定の取消しを受けようとする予定期日

年 月 日

4 在学中の学生があるときは、その措置

(添付書類)

指定の取消しについて法人の決定を確認できる書類(議事録の写し等)