看護師等養成所指定取消申請書

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）　　　　　　 |

　保健師（助産師、看護師、准看護師）養成所の指定の取り消しを受けたいので、保健師助産師看護師法施行令第１７条（第２０条において準用する同令第１７条）の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 代表者の氏名 | 　 |

２　養成所の名称及び位置

|  |  |
| --- | --- |
| 名称及び課程 |  |
| 位置 |  |
| 電話番号 |  |

３　カリキュラムの種類、修業年限及び入所定員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 入所定員 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| その他の併 設 養 成 所 | 養成所（課程）　　　名（入所定員　　　名・総定員　　　名） |

４　指定取消申請の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 取消しを受けようとする理由 | 　 |
| 指定取消予定年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 在学生がいる場合の措置 | 　 |
| 事務連絡担当者 | 申請書に関すること | （所属）　　　　　　　　　　（氏名） |
| （電話・FAX番号） |
| （電子メールアドレス） |
| 指定取消後の連絡先 | （所属）　　　　　　　　　　（氏名） |
| （電話・FAX番号） |
| （電子メールアドレス） |

＜記載要領＞

１　設置者

　　（１）設置者の氏名及び住所は、登記簿のとおりに記載すること。

　　（２）設置者の住所の欄には、主たる事務所の所在地を記載すること。

　２　養成所の名称

（１）養成所の名称は正確に記載し、同一学則の中に他の養成所（保健師、助産師、看護

師、准看護師）について規定している場合には、学科名等まで記載すること。

（２）看護師等養成所の中に３年課程、２年課程を併設する場合には、該当する学科名等

　　　　まで記載し、対応する課程名を記載すること。

　３　カリキュラムの種類、修業年限及び入所定員

（１）「カリキュラムの種類」欄について、当該養成所で行うすべてのカリキュラムにつ

いて〇を付し、その下の「修業年限」欄及び「入所定員」欄に、対応する修業年限及

び入所定員を記載すること。

　　（２）「入所定員」欄については、入所定員を記載した上で、廃止する予定のものには、

その数字に×を付すとともに、廃止予定年月を付記すること。また、申請しているカ

リキュラムを含め、まだ開始していないものには〇を付し、開始予定年月を付記す

ること。入所定員を変更する場合には、それが分かるように記載すること。

　４　その他の併設養成所

　　　看護師等養成所のみでなく、すべての併設養成所を記載すること。

　５　「在学生がいる場合の措置」欄については、指定取消予定日の時点で在学生があるとき

についてのみ記載すること。

　６　この申請書は、取消しを受けようとする年の前年の１２月末日までに提出すること。