（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 |
| 取消予定年月日 |  |
| 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 | 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措置 |  |
| 学籍簿の保管先 |  |