番　　　　　号

年　　月　　日

　鳥取県知事　様

養成施設等設置者名　　印

介護福祉士実務者養成施設指定取消申請書

　標記について、社会福祉士及び介護福祉士法施行令第８条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１　養成施設名称

２　指定取消の理由

３　指定取消予定期日　　　　　年　　月　　日

４　在学中の生徒（受講生）の措置について

５　添付資料

（1） 理事会等の議事録の写し（代表者による原本と相違ない旨の証明を要する）

（2） 学則全文

（3） 担当者の氏名、連絡先（文書の郵送先、TEL、FAX番号）