（様式７）

番　　　　　号

年　　月　　日

　愛知県知事　殿

養成施設設置者

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　　令和　　年　　月　　日

４　在学中の生徒（受講生）の措置について

注　添付資料

（1） 理事会等の議事録の写し

（2） 担当部署名、担当者氏名及び連絡先（郵送先・電話番号・FAX・ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）を記載したもの