様式第1―５

番　　　　　　　　号

年　　　月　　　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　設置者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名）

　　　　保健師(助産師、看護師、准看護師)養成所の学則(課程、修業

年限、教育課程又は入所定員)の変更、校舎の各室の用途及び

面積の変更並びに実習施設の変更承認申請について

標記について、保健師助産師看護師法施行令第13条第1項の規定に基づき、学則(課程の廃止、修業年限、教育課程又は入所定員)の変更、校舎の各室の用途及び面積の変更並びに実習施設の変更について、次のとおり承認されるよう、添付書類を添えて申請します。