番　　　　　　　　号

　　年　　月　　日

福岡県知事　殿

申請者

（記名押印又は代表者による署名）

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　指定取消となる養成施設の名称と位置

２　指定取消の理由

　３　指定取消予定期日

　４　在籍中の生徒に対する措置

　５　担当者の氏名及び連絡先

６　添付書類

　　　・理事会議事録の写し（原本照合されたもの）

　　　・研修修了者名簿の写し