

(様式第1-7)

文 書 番 号
申 請 年 月 日

千葉県知事 様

設置者名
代表者名

保健師（助産師、看護師、准看護師）養成所の指定取消申請について

標記について、保健師助産師看護師法施行令第16条（第20条）の規定に基づき、保健師（助産師、看護師、准看護師）養成所の指定を取り消されるよう、同施行令第17条（第20条）の規定に基づき、添付書類を添えて申請します。