看護師等養成所指定申請書

年　　月　　日

　宮城県知事　　　　　　　　　　殿

設置者の氏名及び住所

|  |  |
| --- | --- |
|  | （法人にあっては、名称、主たる事務所の  所在地及び代表者の氏名） |

　保健師助産師看護師法第１９条第２号（第２０条第２号、第２１条第３号、第２２条第２号）に規定する保健師（助産師、看護師、准看護師）養成所の指定を受けたいので、保健師助産師看護師法施行令第１２条（第１９条）の規定により下記のとおり申請します。

記

１　設置者の氏名及び住所（法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の

氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 代表者の氏名 |  |

２　養成所の名称及び位置等

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・課程 |  |
| 位置 |  |
| 電話番号 |  |

３　カリキュラムの種類、修業年限、入所定員及び設置予定年月日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| カリキュラムの種類 | 単独のカリキュラム | | | | | 統合カリキュラム | |
| 保健師 | 助産師 | 看護師 | | 准看護師 | 看護師  保健師 | 看護師  助産師 |
| 3年課程 | 2年課程 |
| 修業年限  （全日制、定時制等の別） |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所定員 |  |  |  |  |  |  |  |
| その他の併設養成所 | 養成所（課程）　　　名（入所定員　　　名・総定員　　　名） | | | | | | |
| 設置予定年月日 |  | | | | | | |

４　事務連絡担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者所属・氏名 |  |
| 電話番号・FAX番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

＜記載要領＞

　１　設置者

　　（１）設置者の氏名及び住所は、登記簿のとおりに記載すること。

　　（２）設置者の住所の欄には、主たる事務所の所在地を記載すること。

　２　養成所の名称

（１）養成所の名称は正確に記載し、同一学則の中に他の養成所（保健師、助産師、看

護師、准看護師）について規定している場合には、学科名等まで記載すること。

　　（２）看護師等養成所の中に３年課程、２年課程を併設する場合には、該当する学科名

　　　　等まで記載し、対応する課程名を記載すること。

　３　カリキュラムの種類、修業年限及び入所定員

　　（１）「カリキュラムの種類」欄について、当該養成所で行うすべてのカリキュラムにつ

いて〇を付し、「修業年限」欄及び「入所定員」欄に、対応する修業年限及び入所定

員を記載すること。

　　（２）「入所定員」欄については、１学年定員を記載した上で、廃止する予定のものには

その数字に×を付すとともに、廃止予定年月を付記すること。また、申請しているカ

リキュラムを含め、まだ、開始していないものには〇を付し、開始予定年月を付記す

ること。

　４　その他の併設養成所

　　　看護師等養成所のみでなく、すべての併設養成所を記載すること。

５　この申請書は、設置しようとする前年の７月末日までに提出すること。