番　　　　　号

　年　　月　　日

　　神奈川県知事　殿

養成施設等設置者　　印

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

　２．取消理由

　３．取消年月日 平成　　年　　月　　日

　４．在籍中の受講生の措置について

　５．添付書類　　　　　別添のとおり