

発 翰 番 号

年 月 日

大阪府知事 様

設置者名 ○○○○

代表者名 ○○○○

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 20 条において準用する第 16 条第 1 項の規定に基づき、准看護師養成所の指定を取り消されるよう、第 17 条の規定に基づき、添付書類を添えて申請します。