

(様式第1-1)

番 号
令和 年 月 日

石川県知事 殿

設置者名
代表者名

保健師（助産師、看護師、准看護師）養成所の設置計画について

標記について、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）養成所の設置を計画したので、添付書類を添えて設置計画書を提出いたします。

* () は、該当するもの以外は削除する。

保健師助産師看護師法第19条は保健師養成所、

第20条は助産師養成所、第21条は看護師養成所、第22条は准看護師養成所の該当

*提出時は下線及び*文章について全て消して提出すること。

[連絡先]

担当者：

電話番号：

(様式第1-2)

番 号
令和 年 月 日

石川県知事 殿

設置者名
代表者名

保健師（助産師、看護師）養成所の指定申請について

標記について、保健師助産師看護師法施行令第11条第1項の規定に基づき保健師（助産師、看護師）養成所として指定されるよう、同施行令第12条の規定に基づき、添付書類を添えて申請します。

* （ ）は、該当するもの以外は削除する。

*提出時は下線及び*文章について全て消して提出すること。

[連絡先]

担当者：

電話番号：

(様式第1-3)

番 号
令和 年 月 日

石川県知事 殿

設置者名

代表者名

准看護師養成所の指定申請について

標記について、保健師助産師看護師法施行令第18条の規定に基づき准看護師養成所として指定されるよう、同施行令第19条の規定に基づき、添付書類を添えて申請します。

[連絡先]

担当者：

電話番号：

(様式第1-4)

番 号
令和 年 月 日

石川県知事 殿

設置者名
代表者名

保健師（助産師、看護師、准看護師）養成所の学則（課程又は入所定員）、
校舎の各室の用途及び面積並びに実習施設の変更計画について

標記について、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）養成所の課程（入所定員）、校舎の各室の用途及び面積並びに実習施設の変更を計画したので、添付書類を添えて計画書を提出します。

* （ ）は、該当するもの以外は削除する。

保健師助産師看護師法第19条は保健師養成所、

第20条は助産師養成所、第21条は看護師養成所、第22条は准看護師養成所の該当

*提出時は下線及び*文章について全て消して提出すること。

[連絡先]

担当者：

電話番号：

(様式第1-5)

番 号
令和 年 月 日

石川県知事 殿

設置者名

代表者名

保健師（助産師、看護師、准看護師）養成所の学則（課程又は入所定員）、
校舎の各室の用途及び面積並びに実習施設の変更承認申請について

標記について、保健師助産師看護師法施行令第13条第1項（保健師助産師看護師法施行令第20条において準用する同施行令第13条第1項）の規定に基づき、学則（課程又は入所定員）、校舎の各室の用途及び面積並びに実習施設の変更について、次のとおり承認されるよう、添付書類を添えて申請します。

* （ ）は、該当するもの以外は削除する。施行令第20条は准看護師養成所の該当
* 提出時は下線及び* 文章について全て消して提出すること。

[連絡先]

担当者：

電話番号：

(様式第1-6)

番 号
令和 年 月 日

石川県知事 殿

設置者名

代表者名

保健師（助産師、看護師、准看護師）養成所の学則（課程、修業年限、教育課程又は入所定員）の変更、校舎の各室の用途及び面積の変更並びに実習施設の変更承認申請について

標記について、保健師助産師看護師法施行令第13条第1項（保健師助産師看護師法施行令第20条において準用する同施行令第13条第1項）の規定に基づき、学則（課程の廃止、修業年限、教育課程又は入所定員）の変更、校舎の各室の用途及び面積の変更並びに実習施設の変更について、次のとおり承認されるよう、添付書類を添えて申請します。

* () は、該当するもの以外は削除する。施行令第20条は准看護師養成所の該当
* 提出時は下線及び* 文章について全て消して提出すること。

[連絡先]

担当者：

電話番号：

(様式第1-7)

番 号
令和 年 月 日

石川県知事 殿

設置者名
代表者名

保健師（助産師、看護師、准看護師）養成所の学生（生徒）募集中止について

標記について、石川県看護師等養成所の指定申請等に関する要領6の（1）に基づき、下記のとおり申し出をいたします。

記

1. 名称
2. 位置
3. 課程名及び入所定員
4. 募集中止の時期
5. 募集中止の理由

* （ ）は、該当するもの以外は削除する。

* 提出時は下線及び* 文章について全て消して提出すること。

[連絡先]

担当者：

電話番号：

(様式第1-8)

番 号
令和 年 月 日

石川県知事 殿

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1項（保健師助産師看護師法施行令第20条において準用する同施行令第16条第1項）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条の規定に基づき、添付書類を添えて申請します。

* () は、該当するもの以外は削除する。施行令第20条は准看護師養成所の該当
* 提出時は下線及び* 文章について全て消して提出すること。

[連絡先]

担当者：

電話番号：

(様式第1-9)

番 号
令和 年 月 日

石川県知事 殿

設置者

看護師等養成所の変更届について

このことについて、保健師助産師看護師法施行令第13条第2項（保健師助産師看護師法施行令第20条において準用する同施行令第13条第2項）の規定に基づき、下記のとおり学則（設置者の氏名、設置者の住所、名称、位置等）の変更について届出をいたします。

記

- 1 名称
- 2 位置
- 3 変更内容
- 4 変更理由
- 5 変更年月日
- 6 添付書類
 - ・・・学則変更の場合は以下を参考に書類を添付する。
 - (1) 学則新旧対照表 その他の変更の場合は、変更状況が分かる書類を添付する。
 - (2) 新学則
 - (3) 旧学則
 - (4) 会議議事録写し

* () は、該当するもの以外は削除する。施行令第20条は准看護師養成所の該当

*提出時は下線及び*文章について全て消して提出すること。

[連絡先]

担当者：

電話番号：