|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定（指定）取消申請書  　　年　　月　　日  文部科学大臣　殿  設置者名称  住所  代表者職・氏名　　　　　　　　　　印  【○○○学校・○○学科】の認定の取消しについて、【あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律施行令第7条】の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。  １．学校の名称、位置及び学校長の氏名 | | | | | | | | |
|  | 名称 |  | | | | | |  |
| 位置 | 〒　　　－  電話（　　　　）　　　－ | | | | | |
| 学校長の氏名 |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ２．学科の名称、修業年限等 | | | | | | | | |
|  | 学科の名称 | | 修業年限 | １学年の定員 | 総学級数 | 総定員 | 備考 |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| ３．認定年月日  ４．認定の取消しを受けようとする理由  ５．認定の取消しを受けようとする予定期日  ６．在学中の生徒がある場合のその措置等 | | | | | | | | |