**相　談　票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大学等名 |  |  |
| 相談日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　分※大学設置室との事務相談をされる場合、その日程も記載してください。 |
| 設置者の位置 | （市町村まで記入） |
| 相談内容の概要 | １新規指定 ２新規指定以外（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 学校区分（該当する学校についてもれなく○で囲んで下さい。） | 保健師・助産師・看護師・診療放射線技師・臨床検査技師理学療法士・作業療法士・視能訓練士・言語聴覚士臨床工学技士・義肢装具士・救急救命士・歯科衛生士歯科技工士・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師柔道整復師 |
| 承認を受けようとする時期 | 令和 　　　年　　 月　 　日 |
| 設置・変更・廃止をしようとする学部等または研究科等の名称及び入学定員 |  学部、学科等名 |  学科、専攻等名 | 入学定員（）は当該指定に係る職種の養成人数 | 編入学定員（ ）は年次 |
|  |  |  　　 人(　 ) |  人(　 ) |
| 事務連絡担当者氏名及び連絡先 | 氏名 |  | TEL |  |
| 職名 |  | FAX |  |
| 事務相談参加者氏名・職名等（全員について御記入ください。） | 氏　　名 | 職　名　等 |
|  |  |
|  医学教育課対応者 |  |

※　相談事項については、別紙「相談事項用紙」に**具体的に記入**してください。

※　相談時には、手引きをご持参ください。

大学等名

**相談事項用紙**

　相談を要する事項について相談事項欄に箇条書きで**具体的に記入**してください。

　確認したい事項・箇所をあらかじめ整理して、具体的な形で御相談ください。

　**※「全般的に問題はないか」「書類の記載内容に誤りがないか（これでよいか）」といった御相談は御遠慮ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 相　談　事　項 | 左記に対する回答 |
|  |  |
| 備考 |