（様式第１－６）

番　　　　　　号

　年　月　日

大分県知事

　　殿

設置者名

代表者名

保健師（助産師、看護師）養成所の学生募集中止について

　標記について、保健師助産師看護師養成所の指定申請等に関する指導ガイドライン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