

(様式1)

年 月 日

## 2022年度 看護学教育評価事前申請書

一般財団法人 日本看護学教育評価機構  
代表理事 高田早苗 殿

大学名

代表者

印

一般財団法人日本看護学教育評価機構の評価事業基本原則の趣旨を理解し、本学の看護学教育プログラムの評価を申請いたします。

■看護学教育評価の受審申請に際し、以下の要件を満たしております。

<input type="checkbox"/> 日本看護学教育評価機構の会員であり、年会費を納入しております。  入会年度 _____ 年度	
<input type="checkbox"/> 学部・学科等設置後完成年次を迎え、卒業生を輩出しており、完成年次の文部科学省の設置計画履行状況等調査を終了しています。  1. 大学設立時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日  2. 看護学科設置時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日  3. 文部科学省の設置計画履行状況調査（アフターケア）の終了年次を簡潔にご記入下さい。  終了年次 _____ 年次	
<input type="checkbox"/> 大学として機関別認証評価を受審し、適合と認証されています。  _____ 年度  上記の審査を受けた認証評価機関に○をし、判定結果をご記入下さい。	
認証評価機関	判定結果
<ul style="list-style-type: none"><li>大学基準協会</li><li>日本高等教育評価機構</li><li>大学改革支援・学位授与機構</li></ul>	

**【ご担当者の電話番号、FAX 番号、E-mail】**

所属部署名： \_\_\_\_\_、 職位： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_、 FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

**提出締切日：2021年1月29日（金）**

**提出先：郵送にて日本看護学教育評価機構 事務局までご提出をお願いいたします。**

一般財団法人 日本看護学教育評価機構 事務局  
〒101-0047

東京都千代田区内神田 2-11-5 大沢ビル7階

電話番号：03-3526-2436、 FAX 番号：03-3526-2437

E-mail：office@jabne.or.jp