

20XX 年 月 日

2027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 菱 沼 典 子 殿

大学名

大学名には学部・学科名まで記載してください。

申請者は学長名を記載してください。

申請者

印

看護学教育責任者

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います。

| | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日本看護学教育評価機構の会員であり、入会以降毎年年会費を納入しています。 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）の終了年次を記入して下さい。 終了年次 年次 | |
| <input type="checkbox"/> 大学として機関別認証評価で適合と認証されています。 年度 | |
| 設置計画履行状況調査に該当しない場合は“該当しない”と記載して下さい。 | |
| 直近の機関別評価の受審年度を記載して下さい。 | |
| 認証評価機関 | 上記の審査を受けた認証評価機関に○をして下さい。 |
| | ・ 大学基準協会 |
| | ・ 日本高等教育評価機構 |
| | ・ 大学改革支援・学位授与機構 |
| | ・ 大学教育質保証・評価センター |

(次ページもご確認ください)

【事務連絡の際のご連絡先】

所属部署名： _____、 職位： _____

氏名： _____

TEL： _____、 FAX： _____

E-mail： _____

提出締切日：2026 年 1 月 30 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 4 階

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

E-mail：office@jabne.or.jp