

様式第3号（第15条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業廃止届出書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
商号又は名称
代表者職・名

大阪府難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第15条第1項の規定により、
下記研修の廃止を届け出ます。

なお、現時点において、実績報告などの本府に提出すべき書類の漏れが一切ないことを
ここに申し添えます。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修（ 課程）
指定番号	
廃止年月日	
廃止の理由	

廃止後に修了者が修了証 書及び携帯用修了証明書 を亡失・き損した場合の 取扱責任者及び連絡先	所属名：
	氏名：
	電話：
	ファックス：
	メールアドレス：