

様式第8号（第11条関係）

## 難病患者等ホームヘルパー養成研修事業年間休止届出書

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11条第1項の規定により、  
下記研修を休止したいので届け出ます。

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	
休止する年度	年度
休止の理由	

- ※ 1事業年度（4月～翌年3月）にわたり、研修の開講予定がない（なくなった）場合、年間休止届出書を提出すること。
- ※ 研修事業を2ヵ年度にわたって実施しなかった場合は、廃止の届出があったものとみなす。

研修事務担当者	所属名：
前回報告時からの 変更【有・無】 （いずれかに○）	氏名： 電話： ファックス： メールアドレス：