

様式第1号（第6条関係）

## 難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定申請書

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

難病特別対策推進事業実施要綱第8の4の(6)に基づく難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者としての指定を受けたいので、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6条第1項の規定により申請します。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修（ 課程）
研修事業の名称	
研修事業を実施する府内の事業所所在地	郵便番号： 所在地：
研修事務担当者	所属名： 氏名： 電話： ファックス： メールアドレス：
研修開始予定年月日	年 月 日 ※申請日から90日以後の日

申請事務代行者連絡先	※申請事務のみを行う行政書士等を利用する場合のみ記載 氏名： 電話：
------------	--

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	(1)資産の状況を示す書類 イ 決算報告書（直近1事業年度のもの） ・貸借対照表 ・損益計算書

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別注記表</li> <li>ロ 会社法に係る事業報告書（株式会社の場合）</li> <li>ハ 会社案内冊子</li> <li>ニ 組織図</li> </ul> <p>※申請者が該当するもので、すべての書類が添付されていなければ、チェック欄に「○」を記載しないこと。</p>
	(2) 定款、寄附行為その他の基本約款
	(3) 履歴事項全部証明書の原本（法人の場合）
	(4) 第5条第2項各号に該当しない旨の誓約書（別添1-1）、暴力団等に関する要件確認申立書（別添1-2）及び審査情報（別添1-3）【電磁的記録を含む】 ※審査情報は、書面と併せて磁気媒体も提出すること。
	(5) 情報を公表する場合、公表情報の内訳及び公表資料（ホームページに掲載しているものをプリントアウトしたもの）「研修機関が公表すべき情報の内訳」チェックリスト（別添1-5）
	(6) 使用印鑑届（別添1-6）
	(7) 今後2年間の「研修に係る収支計画書」及び今後2年間の「法人全体の収支計画書」
	(8) 学則（別添2-1）
	(9) 講師一覧表（別添2-2）
	(10) 講師履歴書（別添2-3）
	(11) 講義室使用承諾書（別添2-4）の写し及び平面図（自己所有の場合は平面図）
	(12) 修了証書及び携帯用修了証明書の様式（要綱別記様式）

承認を受けた後、初めに実施する研修の書類

○	提出書類
	(1) 年間実施計画（様式第9号）及びその電磁的記録
	(2) 開講届出書（様式第4号）
	(3) 研修スケジュール（別添3）

記載例

様式第1号（第6条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定申請書

初回研修開始予定日の90日前までに提出すること。

年 月 日

大阪府知事 様

本社の所在地、法人名称、代表者職・氏名を記載のこと。

主たる事務所の所在地  
商号又は名称  
代表者職・名

難病特別対策推進事業実施要綱第8の4の(6)に基づく難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者としての指定を受けたいので、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6条第1項の規定により申請します。

受講生に分かり易いように、原則として法人名称を入れること。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修
研修事業の名称	株式会社〇〇 介護スクール 難病患者等ホームヘルパー研修
研修事業を実施する府内の事業所所在地	郵便番号： 所在地：
研修事務担当者	所属名： 氏名： 電話： ファックス： メールアドレス： <p>学則に記載の者と同じ者であること。 この連絡先は、大阪府からの緊急連絡や情報提供などの様々な連絡に使用します。</p>
研修開始予定年月日	年 月 日 ※申請日から90日以後の日

申請事務代行者連絡先	※申請事務のみを行う行政書士等を利用する場合のみ記載 氏名： 電話：
------------	--