

様式第2号（第6条の2関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業課程追加申請書

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

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業の課程を追加したいので、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条の2第1項の規定により申請します。

研修事業の名称	
指定番号	
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：
現に指定を受けている課程	
追加する課程	
研修開始予定年月日	年 月 日

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：
---------	--

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) 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」
	(2) 学則（別添2-1）

	(3)講師一覧表（別添２－２）
	(4)講師履歴書（別添２－３）
	(5)講義室使用承諾書等の写し及び平面図（別添２－４等）
	(6)修了証書及び携帯用修了証明書の様式（要綱別記様式）

指定を受けた後、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）