

様式第4号（第8条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修開講届出書

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

大阪府難病等ホームヘルパー養成研修事業者指定要綱第8条第1項の規定により、下記研修の開講について届け出ます。

研修の名称	難病等ホームヘルパー養成研修（ 課程）		
指定番号		予定定員	名
コース名			
研修予定日	年 月 日～	年 月 日	
受講料			

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

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	研修スケジュール（別添3）

※ 講師の追加等が生じる場合には、変更届出書（様式第6号）を同時提出すること。

※ 年間実施計画書（様式第9号）に変更が生じる場合（講座の追加、実施時期変更等）には同時提出すること。