

様式第5号（第13条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修実績報告書

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13条の規定により、下記研修の実績を報告します。

研修の名称	難病患者等ホームヘルパー養成研修（ 課程）
指定番号	
コース名	※開講届出時と同じ名称を記載すること。
研修実施期間	年 月 日～ 年 月 日
修了者数	名（通常報告分・修了者追加報告分） ※いずれかに○

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
	(1)修了者名簿（別添4-1）及び電磁的記録
	(2)出席簿（別添4-2）の写し
	(3)科目免除要件又は受講要件を確認した書類の写し （修了証明書等の写し、履修中証明書（参考様式）、介護福祉士登録証の写し）
	(4)受講者一覧名簿（別添4-3）