

様式第6号（第10条関係）

## 難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定変更届出書

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10条の規定により、下記研修としての指定内容の変更を届け出ます。

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	
変更種別	○事業者に関する事項 1 事業者の名称、主たる事務所の所在地、代表者 2 研修事業の名称 3 研修事業を実施する主たる事業所の所在地 4 定款等（当該事業に関するものに限る。） 5 使用印鑑届 ○研修事業に関する事項 1 学則 2 講師（追加、削除、その他） 3 講義室 ○その他（ ）
変更内容及び理由	
変更時期	年 月 日（最も早い変更時期を記載）

※ 課程の追加等が生じる場合には、年間実施計画書（様式第9号）及び開講届出書（様式第4号）を同時提出すること。

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：

提出書類一覧（変更が生じる書類のみ提出。添付しているものに○）

○	提出書類
	(1)定款その他の基本約款等
	(2)履歴事項全部証明書（法人の場合）
	(3)学則（別添２－１）
	(4)講師一覧表（別添２－２）
	(5)講師履歴書（別添２－３）
	(6)講義室使用承諾書（別添２－４）等の写し及び平面図（自己所有の場合は平面図）
	(7)使用印鑑届（別添１－６）
	(8)修了証書及び携帯用修了証明書の様式（要綱別記様式）