

様式第7号（第9条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修休講届出書

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

年 月 日に開講届出書を提出した下記研修を休講しますので、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9条の規定により届け出ます。

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	
コース名	
開講を予定していた日	年 月 日
休講の理由	

※ この様式は、開講届出書（様式第4号）を提出したコースを休講する場合にのみ使用すること。（開講届出書を未提出のコースについては年間実施計画書（様式第9号）からのコース削除として取り扱う。）

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：