

様式第 1 1 号

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業変更承認申請書

年 月 日

堺 市 長 殿

申請者 住所 〒

事業者名

代表者職・氏名

電話番号

年 月 日付け 第 号により指定を受けた難病患者等ホームヘルパー養成研修事業（ 課程）について、次のとおり変更したいので、堺市難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定事務取扱要領第 8 条の規定により申請します。

1 変更の内容（下記の□にチェックを入れること。）

（１）講座の追加・実施時期変更等 有□ 無□（複数講座の場合は別紙作成）

（２）講師の変更等 有□ 無□（講師履歴、講師変更一覧）

（３）カリキュラムの変更（重要） 有□ 無□（変更後のカリキュラム）

（４）募集（研修）開始日等の変更 有□ 無□（学則）

（５）その他（ ）

（ ）

（ ）

2 変更時期 年 月 日
年 月 日（変更届出書対応項目がある場合のみ記入）

3 変更理由

申請担当者連絡先 担当者名

Email アドレス

TEL

FAX