

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業変更届出書

年 月 日

堺市長殿

届出者 住所 〒

事業者名

代表者職・氏名

印

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9条の規定により届け出ます。

1 変更の内容（下記の□にチェックを入れること。）

- (1) 申請事業者の名称及び住所 有□ 無□
- (2) 研修の名称及び課程 有□ 無□
- (3) 事務所の所在地 有□ 無□
- (4) 学則 有□ 無□
- (5) 研修の収支計画書 有□ 無□（向こう2年間）
- (6) 修了証書等の様式 有□ 無□（修了証書及び修了証明書（携帯用））
- (7) 定款等 有□ 無□
- (8) 受講者募集に係る募集案内
- (9) カリキュラムの変更（軽易） 有□ 無□（変更後のカリキュラム）
- (10) 承認済み講師への変更 有□ 無□（講師変更一覧）
- (11) 講師の所属変更 有□ 無□（講師変更一覧）
- (12) その他（ ）
- （ ）

2 変更時期 年 月 日

3 変更理由

申請担当者連絡先 担当者名 _____ TEL _____
 E-mailアドレス _____ FAX _____