

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

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（輕易） | 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 m a i l フォーム	FAX