

様式第 15 号

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業休・廃止及び再開届出書

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 ）を休止・廃止・再開したいので、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 10 条の規定により届け出ます。

1 休止・廃止及び再開の期日 年 月 日

2 休止予定期間 年 月 日から 年 月 日まで

（一部を休止する場合 月開講分）

3 休止・廃止の理由

---

---

---

---

---

※休止・廃止・再開のいずれかに○をつけること。

申請担当者連絡先 担当者名

Email アドレス

TEL

FAX