難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実績報告書

年 月 日

堺市長 殿

報告者 住所 〒

事業者名

代表者職・氏名

電話番号

印

年度難病患者等ホームヘルパー養成研修事業が下記のとおり終了しましたので、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11条の規定により報告します。

1 事業実施期間 年 月 日から 年 月 日まで

2 研修実施課程 (1) 基礎課程Ⅱ (2) 基礎課程Ⅰ (3) 入門課程
※どれか一つに○をつける。

3 修了者数 名 (女 名、男 名)
※複数講座をまとめて報告の場合は講座ごとの内訳をつけること。

○添付書類等

- ①出席簿（原本）
- ②修了者台帳の写し
- ③修了者名簿の写し
- ④カリキュラム（実際に実施したカリキュラムを添付すること）
- ⑤ 級課程修了証明書の写し又は介護福祉士登録証の写し
- ⑥難病入門課程修了証書の写し（該当者がある場合のみ）
※ ②、③、⑤、⑥については原本証明のうえ提出すること。
- ⑦入力用ヘルパー台帳（フロッピーディスク）

申請担当者連絡先 担当者名 _____ TEL _____
Email アドレス _____ FAX _____