

様式第 1 号

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業者指定申請書

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

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業（ 課程）の指定を受けたいので、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 2 条の規定により申請します。

記

研修事業の名称及び課程	
事業を実施する堺市内の主たる事務所の所在地	
募集開始予定年月日	
研修開始予定年月日	

○添付書類

- ①学則（様式第 3 号）
- ②資産の状況（申請者の直近の予算書、決算書及び貸借対照表等）
- ③研修の収支計画書（向こう 2 年間）
- ④カリキュラム（様式第 4 号）
- ⑤講師履歴（様式第 5 号）
- ⑥修了証書（様式第 6 号）及び修了証明書（携帯用）（様式第 7 号）の様式
- ⑦定款その他の基本約款等
- ⑧受講者募集に係る募集案内

申請担当者連絡先 担当者名

Email アドレス

TEL

FAX