

難病患者等ホームヘルパー養成研修カリキュラム （難病 課程 ）

事業者名

月 日	教 科 名	時 間	講師名	実施場所	備考
年 月 日（ ）	開講式 オリエンテーション	～ h ～ h			
年 月 日（ ）		～ h ～ h			
年 月 日（ ）		～ h ～ h			
年 月 日（ ）		～ h ～ h			
年 月 日（ ）	閉講式	～ h ～ h			
		～ h			
		～ h			
【講師配置のルール】 ・研修の講師は、事前に市の承認を受けた者でないと講義はできません。					

※開講式は必ず実施すること。

※研修開始時及び実習時には、オリエンテーションを事前に実施すること。

※全ての教科名を記入し、担当する講師名は必ず記入すること。