（様式第１号）

 年 月 日

神戸市保健所長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　 事　業　者　名

　　　　　　　　　　　 代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定申請書

　神戸市難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要綱第7条の規定及び神戸市難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定要領に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の種類 | 難病患者等ホームヘルパー養成研修事業（　　　　　　　　課程） |
| 実　施　団　体　等 | 所在地 | 〒 |
| TEL |
| 名称及び代表者 |  |
| 学則等 | 　別　添 |
| 研　修　目　的 |  |
| 研修概要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 研修名称 | 　 |
| 実施期間 | 　 |
| 実施場所 | 　 |
| 研修カリキュラム | 　別　添 |
| 講師名担当科目専任・兼任 | 　 |
| 受講資格及び募集定員 | 　 |
| 受講申込手続き及び受講者決定方法 | 　 |
| 受講者負担金 | 　 |
| 使用テキスト | 　 |
| 研修終了の認定方法 | 　 |

（添付書類）

1. 学則等
2. 事業収支予算書（様式第１号別紙１）
3. 実習施設利用計画及び当該施設利用承諾書（様式1号別紙2）
4. 申請者の資産状況
5. 申請者が法人であるときは、定款、寄附行為その他規約

※添付資料については、初回申請時を除き、内容に変更がない場合は省略することができるものとする。

（様式第１号別紙１）

　　　　　　　　　　　　　　　事業収支予算書

１　収　入　の　部

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  項　　　　　　目 |  予　算　額 |  備　　　　考 |  |
|  |  |  |
|  計 |  |  |

２　支　出　の　部

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  項　　　　　　目 |  予　算　額 |  備　　　　考 |  |
|  |  |  |
|  計 |  |  |

（様式第１号別紙2）

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実習施設利用承諾書

 住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　 事　業　者　名

　　　　　　　　　 　　　 　 代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業の実習施設として（　　名　称　　）を下記のとおり利用することを承諾します。

記

１．研修事業名

２．研修実施主体

３．実習施設所在地・名称

４．実習期間

（様式2号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　神健保保調第　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　神戸市保健所長

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定通知書

　　　　年　　月　　日付で申請のあった下記の研修につき、難病患者等ホームヘルパー養成研修（　　　　　　課程）として指定することを決定したので通知します。

　なお、研修終了後はすみやかに実施状況を報告してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１．研修名称

２．指定有効期間

３．実施団体所在地

（様式第３号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　神健保保調第　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　神戸市保健所長

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定却下通知書

　　　年　　月　　日付で申請のあった下記の研修については、下記の理由により申請を却下しますので、その旨通知します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１．研修名称

２．実施主体

３．指定できない理由

（様式第４号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　神戸市保健所長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事　業　者　名

　　　　　　　　　　　　　　　　 代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業変更届

　　　　年　　月　　日付　第　　　号で指定を受けました難病患者等ホームヘルパー養成研修事業を下記のとおり変更したいので、届け出ます。

記

１　研修事業の名称

２　変更事項

　（１）変更前

　（２）変更後

３　変更理由

（様式第５号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　神戸市保健所長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事　業　者　名

　　　　　　　　　 　　　　　　　　代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業廃止届

　　　　年　　月　　日付　第　　　　号で指定を受けました難病患者等ホームヘルパー養成研修事業を下記のとおり廃止したいので、届け出ます。

記

１　研修事業名

２　廃止の理由

（様式第６号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　神戸市保健所長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事　業　者　名

　　　　　　　　　 　　　　　　　　代　表　者　名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施報告書

　　　年　　月　　日付　第　　　　号で指定を受けました難病患者等ホームヘルパー養成研修事業を下記のとおり実施しましたので、関係書類を添え実績を報告します。

記

１．研修実施期間

２．実施課程

３．受講者数及び修了者数　　　　受講者数　　　　名　／　修了者数　　　　名

（添付書類）

・難病患者等ホームヘルパー養成研修修了者名簿（様式第６号別紙１）

（様式第６号別紙１）

難病患者等ホームヘルパー養成研修修了者名簿

研修実施期間

事業者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  研　　修　　修　　了　　者 | 研修修了者所属機関 | 市町送付名簿への登録承認印 |
|  氏　名 |  生年月日 |  性別 |  住　　　　所 （電話番号） |  名　　　称 |  所　　在　　地 （電話番号） |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |
|  |  |  |  （　　　　） |  |  （　　　　） |  |

（様式第７号）

|  |  |
| --- | --- |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号修了証書 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名 生年月日　　　　　年　　月　　日 あなたは、厚生労働省が定める難病患者等ホームヘルパー養成研修　別記　 　 として神戸市保健所長が指定した研修を修了したことを証します。 　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定事業者名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者役職氏名 |  |
|  印 |  |
|  |
|  |

（様式第８号）

|  |  |
| --- | --- |
|  修了証明書（携帯用） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　号 　　氏　　名 　　生年月日　　　　　年　　月　　日 上記の者は、厚生労働省が定める難病患者等ホームヘルパー養成 研修　別記　として神戸市保健所長が指定した研修を修了したことを証します。 　　　　年　　月　　日 | （別記）・難病入門課程・難病基礎課程１・難病基礎課程２ のうちいずれかを記載する。 |
| 指定事業者名代表者役職氏名 |  印 |  |
|  |