（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 |  |
|  | | |