（様式第１号）

　　　　年　　月　　日

京　都　市　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

　京都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条の規定及び京都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。