

様式第1号（第5条関係）

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 を修了したことを証します。			
令和	年	月	日
大 阪 市 長		○ ○ ○ ○ 印	

様式第2号（第5条関係）

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 を修了したことを証します。			
令和	年	月	日
大 阪 市 長		○ ○ ○ ○ 印	

(別記)
・難病入門課程
・難病基礎課程1
・難病基礎課程2

のうちのいずれかを記載する。

様式第4号（第8条関係）

大 大 保 第 号
令 和 年 月 日

様

大 阪 市 長 名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定通知書

令和 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. 研修日
3. 実施団体所在地

大 大 保 第 号
令 和 年 月 日

様

大 阪 市 長 名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業不指定通知書

令和 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ができませんのでその旨通知します。

記

指定できない理由

この決定に不服のある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、大阪市長に対し異議申立ができます。

様式第6号（第9条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業変更届

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

届出者（法人は名称及び主たる事務所の所在地）
氏 名
住 所

令和 年 月 日付で申請した難病患者等ホームヘルパー養成研修について、次のとおり変更のうえ実施したいので届出します。

記

1. 変更事項

2. 変更理由

様式第7号（第10条関係）

大 大 保 第 号
令 和 年 月 日

様

大 阪 市 長 名

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定取消通知書

次の難病患者等ホームヘルパー養成研修事業については、その指定を取り消すことと決定しましたので通知します。

記

1. 取り消す研修
2. 取り消しの理由

		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 を修了したことを証します。			
令和 年 月 日			
		研修実施者名	〇 〇 〇 〇 印
(団体の場合は団体名及び代表者氏名)			

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 を修了したことを証します。			
令和 年 月 日			
		研修実施者名	〇 〇 〇 〇 印
(団体の場合は団体名及び代表者氏名)			

(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。

様式第10号（第12条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施報告書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

届出者（法人は名称及び主たる事務所の所在地）
氏 名
住 所

大阪市が指定する難病患者等ホームヘルパー養成研修事業を実施しましたので、次のとおり報告します。

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