

様式第3号（第7条関係）

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業指定申請書

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	印
	基本約款	別 添
研修目的 受講対象者		
研修概要	研修名称	
	受講予定数	
	実施場所	
	実施期間	
	科目・時間数・講師	別添計画書のとおり
	担当者	
	その他(受講料等)	
備 考	1. 本研修は「大阪市難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要綱」の規定に従い、実施します。 2. 指定後本研修に関し、大阪市長より必要書類の提出又は報告を求められた場合は、その指示に従います。	
大阪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条の規定に従い、上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align:right"> 所 在 地 名 称 代表者名 </div> 大阪市長様		

難病患者等ホームヘルパー養成研修実施計画書

課程	教科名	時間数	実施年月日	講師職名及び氏名
難病基礎課程Ⅱ	難病の保健・医療・福祉制度Ⅱ			
	難病の基礎知識Ⅱ			
	難病患者の心理学的援助法			
	難病に関する介護の事例検討等			
難病基礎課程Ⅰ	難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ			
	難病の基礎知識Ⅰ			
	難病患者の心理及び家族の理解			
難病入門	難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ			
	難病入門			
	難病患者の心理及び家族の理解			