

第5号様式(第11条関係)

蕪崎市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等支給対象資格受講修了報告書

年 月 日

(宛先) 蕪崎市福祉事務所長

申請者氏名

私は、高等職業訓練促進給付金等の支給対象カリキュラムを修了いたしましたので報告いたします。

① 氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳)
② 住所	(〒 —) 蕪崎市	電話 (携帯可) () —	
③ 養成機関及び修業の内容について	養成機関名		
	所在地	電話	
	修業期間	年 月 日～ 年 月 日	
	修業に係る資格	看護師・介護福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士 その他()	養成区分 昼間・夜間・通信
④ 申請日	年 月 日		
⑤ 修業期間修了日	年 月 日		
⑥ 今後の就労予定			

※卒業証書等を添付すること。

※今後の就労予定については、具体的に判明している場合は参考までに記載してください。