能代市母子家庭等高等職業訓練促進給付金にかかる状況報告書

　　　年　　　月　　　日

能代市長　　　　　　　　　　　　様

氏名

　能代市母子家庭等高等職業訓練促進給付金の支給対象資格について、現在下記のとおり修業を継続していることを報告します。なお、市長がこの記載事項について、各養成機関に照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | 電話 |
| 養成機関及び修業内容 | 養成機関名 |  |
| 住所 | （〒　　　　－　　　　　） | 電話 |
| 修業期間 | 　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 修業資格 | 看護師・准看護師・保育士・介護福祉士・作業療法士・理学療法士・歯科衛生士・美容師・社会福祉士・製菓衛生師・調理師・ＣＣＮＰ認定資格・ＬＰＩ認定資格・その他（　　　　　　　　　　） | ・昼間・夜間・通信 |
| 支給期間及び支給月額 | 　　　　年　　月～　　　　年　　月　　月額　　　　　　　　円 |
| 前月分の欠席状況 | 修業期間のうち　　　　　年　　　月に　　　日間欠席しました。（出席予定日数　　　　日間中） |
| 欠席の理由 |  |
| 証明欄 | 　　　　　　年　　　月　　　日所在地学校名 |

（注意）

　　１　この書類は、毎月１０日までに、前月分の養成機関での修業状況を記入してください。

　　２　前月分の欠席状況のうち、出席予定日数とあるのは養成機関のカリキュラムに基づいてあらかじめ決められた出席日程を記入してください。