能代市母子家庭等高等職業訓練修了報告書

　　　年　　　月　　　日

能代市長　　　　　　　　　　　　様

支給決定者氏名

　私は能代市母子家庭等高等職業訓練促進給付金を受け修業していた期間を修了しましたので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・  製菓衛生士・調理士・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 | | | | |

※添付書類

　１　修業期間の修了を証明する書類

　２　月別の出席日数を証明する書類