

様式第5号（第10条関係）

結城市母子家庭等高等職業訓練出席状況等証明書

フリガナ			生年月日	年 月 日
氏名				
住所	(〒 - ) -		(電話 ( ) )	
養成機関名				
修業課程名				
修業に係る資格	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・その他 ( )			
修業期間	年 月 日 ~		年 月 日	
(支給期間)	年 月 ~		年 月	
出席状況	対象月	出席すべき日数		出席した日数
	年 月	日		日
	年 月	日		日
	年 月	日		日
摘要 (出席しなかった理由等)				

結城市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等支給事業実施要項第10条第1項の規定に基づき、上記のとおり証明します。

年 月 日

結城市長 様

所在地 \_\_\_\_\_

機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_