

様式第6号（第11条関係）

年 月 日

結城市長 様

（受給者）氏名

印

結城市母子家庭等高等職業訓練促進給付金等受給資格喪失届

（高等職業訓練促進給付金・高等職業訓練修了支援給付金）の支給を受ける資格がなくなりましたので、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11条第2項の規定により次のとおり届け出ます。

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名			
個人番号			
住所	(〒 -) -)	(電話 ())	
養成機関名			
修業期間	年 月 日 ~ 年 月 日 養成区分 昼間・夜間		
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 ()		
事由の発生日	年 月 日		
資格喪失事由			
備考			

※該当するところに○を付けること。