

事務長	担当

申請日 年 月 日

川越市医師会川越看護専門学校
校長 様

教育訓練給付金証明書類申請書

准看護学科 ・ 看護学科 (どちらかに○)

学年 番 氏名

生年月日 昭和 平成 年 月 日 (才)

住所 〒

電話番号

下記の証明書について発行をお願いします。

1. 証明書の種類 (必要な証明書の番号に○してください)

①教育訓練支援給付金受講証明書(2ヶ月毎)

証明期間:令和 年 月 日 ~令和 年 月 日まで

②③教育訓練給付金受講証明書・領収書(6ヶ月毎)

証明期間:令和 年 月 日 ~令和 年 月 日まで

※発番 号 ※発番 号

④専門実践教育訓練修了証明書(卒業時)

※発番 号
※欄は記入しない

2. 提出先 ハローワーク()

3. 受取方法

月 日 (本人 ・ 代理人名)

本校 ・ 郵送 (返信用封筒と切手を用意してください) (どちらかに○)

受取を郵送で希望の方は、切手を貼った返信用封筒をご用意ください。