

専門実践教育訓練の受講証明書・受講修了証明書

住所	〒 _____	発行日 _____
ふりがな	_____	通番 _____
氏名	_____	

専門実践教育訓練講座名											
指定番号	_____	一	_____	一	_____	一	_____	一	_____	一	_____
受講開始日	平成 年 月 日										
受講修了(予定)日	平成 年 月 日										

支給単位期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日									
--------	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※「受講の証明」又は「受講修了の証明」のいずれかに□してください。

受講の証明

以上のとおり、表記の受講者が、当該教育訓練施設の受講認定基準に照らし、表記の教育訓練講座を受講し、現在終了に必要な実績及び目標を達していることを証明します。

受講修了の証明

以上のとおり、表記の受講者が、当該教育訓練施設の修了認定基準に照らし、表記の教育訓練講座を修了したことを証明します。

労働局長 殿

教育訓練実施者名 _____

教育訓練施設の名称 _____

所在地 _____

電話番号 _____

長の職名・氏名 _____

印