

専門実践教育訓練の受講証明書・受講修了証明書

住所	〒	
ふりがな		
氏名		

発行日 _____
通番 _____

専門実践教育訓練講座名				
指定番号	—	—	—	—
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 _____