

専門実践教育訓練の受講証明書・受講修了証明書

住所	〒 100 - 〇〇〇〇
	東京都千代田区 △△ 〇-〇-〇
ふりがな	やまだ 〇〇
氏名	山田 〇〇

発行日平成26年〇月〇日
通番 〇〇〇

専門実践教育訓練講座名	介護福祉科
指定番号	〇〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇
受講開始日	平成 26 年 10 月 1 日
受講修了(予定)日	平成 28 年 9 月 30 日

支給単位期間	平成 26 年 10 月 1 日 ~ 平成 27 年 9 月 30 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。

〇〇 労働局長 殿

教育訓練実施者名	学校法人 〇〇学園
教育訓練施設の名称	東京〇〇専門学園
所在地	東京都△△ 〇-〇-〇
電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
長の職名・氏名	〇〇長 中山〇〇 