

中長期的キャリア形成訓練（通信制）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
--------	----	--	---	--	---	--	---	---	----	--	---	--	---	--	---

教育訓練の実績等の 確認方法														
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※「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 _____