

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 \_\_\_\_\_