様式第1号の1（第７条関係）

丸亀市高等職業訓練促進給付金等受給対象資格及び養成機関届出書

年　　月　　日

　　　丸亀市長　　宛

申請者氏名　　　　　　　　　　　印

　　高等職業訓練促進給付金・修了支援給付金の支給を受けたいので下記のとおり届出します。　　※　いずれかに○をつけること。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | |  | 生年月日 | | 年　　月　　日  （　　歳） | |
| １　氏　　　　　名 | |  |
| ２　住　　　　　　所 | | （〒　　　―　　　　） | | | 電話（　　　　）  ― | |
| ３　過去の受給の  　　有　　　　　　無 | | 過去に高等職業訓練促進給付金等を受けたことが　ある・ない | | | | |
| ４　児童扶養手当  受給の有無 | | 有　・　無 | 証書番号 | |  | |
| ５　養成機関及び修業内容について | 養成機関名 |  | | | | |
| 住所 | 〒　　－ | | 電　話 | |  |
| 修業期間 | 年　月　日～　　年　月　日 | | 養成区分 | | 昼　・　夜 |
| 修業に係る資　　　格 | 看護師・准看護師・介護福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士その他（　　　　　　　） | | | | |
| （所見） | | | | | | |