

在 学 届

年 月 日

社会福祉法人
愛知県母子寡婦福祉連合会 理事長 殿

借受人 福祉事務所

決定番号

住 所

電話番号

氏 名

印

氏 名	
学年（期生）	
取得予定資格	
入 学 年 月 日	年 月 日
卒業予定年月日	年 月 日

上記の者は、本養成機関に在学していることを証明します。

年 月 日

養成機関名

養成機関の長

印