

養成機関卒業届

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

社会福祉法人愛知県母子寡婦福祉連合会高等職業訓練促進資金貸付規程の規定により下記のとおり届け出ます。

記

1 卒業した養成機関名

2 卒業年月日 年 月 日

※現在指定業務へ従事していない方は、今後の就業意思を確認します。
(いずれかに○を付けてください)

1 卒業後1年以内に、指定業務に従事する意思があります。

(年 月頃就業予定)

2 指定業務に従事する意思はありません。

※福祉事務所は、高等職業訓練促進給付金を支給している又は支給していた福祉事務所名を記入する。

※卒業証書の写しを添付すること。

※指定業務に従事する意思がない場合は、返還の対象となる。