

養成機関（在籍・修了）届

年 月 日

社会福祉法人北海道母子寡婦福祉連合会理事長 様

住 所

氏 名

㊞

電話番号

1 私は、次の養成機関に在籍していることを届出ます。

養成機関名			
コース・学科		養成区分	昼間 ・ 夜間 ・ 通信
住 所	（〒 - ） 電話 （ ）		
修 業 期 間	年 月 日～ 年 月 日（ヶ月）		
	年 月 日 修了予定		
修業に係る資格の種類			

養成機関所在地

養成機関の名称

養成機関の長

㊞

※この内容を証明する他の書類を添付することも可とする

2 私は、養成機関の課程を修了（卒業）しましたので届け出ます。

貸付番号	修了（卒業）年月	修業に係る資格の種類
第 号	年 月	

※修了証書の写しを添付すること