

(様式 15)

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金 従事日数内訳証明書

(西暦) 年 月 日

社会福祉法人 大阪市社会福祉協議会 会長 様

従事先名

代表者名及び職印

⑨

〒 ー

連絡先(所在地)

電話 ()

担当者名

(氏名) _____ の業務に従事した日数を下記のとおり証明します。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日
年月																																日

合計 _____ 日

- 備考
- 1 従事した日に「○」印を付してください。
 - 2 1枚で記入できない場合は、複数枚利用して記入してください。
 - 3 記載事項を訂正する場合は、証明権限のある代表者の職印で訂正してください。修正液等で訂正した証明書は無効です。