短期訓練受講費支給要件照会票

1. 受講する受給資格者

ふりがな 受給資格者氏名		支給番号	
		生年月日	年　月　日
受給資格者住所	〒		

2. 受講する講座

教育訓練実施者名			
教育訓練施設の名称			
講座名			
当該講座に関連する公的資格			
実施方法	□通学制　□通信制	訓練期間	日・回
受講開始予定日	平成　年　月　日	受講修了予定日	平成　年　月　日

3. 教育訓練実施者の証明欄

※当該欄は、教育訓練受講予定者の求めに応じて2の講座に係る教育訓練実施者が記載して下さい。	
□はい　□いいえ	当該証明に係る講座とは別に、一般教育訓練給付の対象講座を実施している。
□はい　□いいえ	2の講座について、一般教育訓練給付の指定を受けていない。
□はい　□いいえ	2の講座は、公的職業資格（資格又は試験であって国若しくは地方公共団体又は国から委託を受けた機関が法令の規定に基づいて実施するものをいう。）の取得を目標とする講座で、1か月未満の訓練期間である。
□はい　□いいえ	2の講座は、教育訓練の開始時期、内容、対象となる者、目標及び修了基準が明確であり、適切に受講されたことを確認し、修了させるものである。
備考（上記の記載に補足等ある場合に、自由に記載して下さい。）	

上記記載事項に誤りのないことを証明します。

公共職業安定所長　殿
地方運輸局長　殿

平成　年　月　日
教育訓練実施者名
教育訓練施設名（販売代理店名）
所在地
電話番号
教育訓練実施者の代表者の氏名　印

上記のとおり、短期訓練受講費支給要件について照会します。

照会者　電話番号
氏名　印

平成　年　月　日

公共職業安定所長　殿
地方運輸局長　殿