

様式第 1（第 6 条関係）

自立支援教育訓練給付金事業受講対象講座指定申請書

年 月 日

（宛先）高浜市長

下記のとおり申請します。

記

フリガナ				
氏 名		生 年	年 月 日	
	個人番号	月 日	(満 歳)	
住 所	高浜市 町 丁目 番地			
電 話	() —			
対象講座の名称				
対象講座 実施施設	名 称			
	所在地	連絡先 () —		
受 講 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日		
所 要 費 用 (予 定)		入学料 円 受講料 円 (合計額 円)		
公共職業安定所の 教育訓練給付金受 給資格の有無		受給開始日現在において雇用保険法の教育訓練給付金の受給資格が ある ・ ない		
(備考)				