

## 受講修了証明書

受講者住所	〒 茨木市
受講者氏名	
教育訓練講座名	
厚生労働大臣指定番号	— —
実施方法	通学制 ・ 通信制
入学料	円
受講料	円
受講開始日	年 月 日
受講修了日	年 月 日

上記のとおり、受講者が講座を修了したことを証明します。

(提出先) 茨木市長

年 月 日

教育訓練実施団体所在地

教育訓練実施団体名

電話番号

代表者氏名

印