（様式 11）

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　京都府社会福祉協議会　会長　様

従　事　先　名
代表者名及び職印　　㊞

〒　　－
連　　絡　　先
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
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日
年　月																																日

合計　　日

備考　1　同一期間内に複数の事業所で従事した場合に提出ください。
　　2　従事した日に「○」印を付してください。
　　3　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。
　　4　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。