様式第9号

ひとり親家庭高等職業訓練促進資金　資格取得届

年　　月　　日

社会福祉法人鹿児島県母子寡婦福祉連合会　理事長　殿

（借受人）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

私は、下記の資格を取得したので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸付コード | 資格取得年月 | 取得した資格（該当するものに○） |
|  | 年　　月 | 看護師・准看護師・介護福祉士・社会福祉士・保育士・作業療法士・理学療法士・歯科衛生士・その他（　　　　　　　） |

注）資格を取得したことがわかる書類（登録証の写し等）を添付し、速やかに提出すること。