（様式第３号）

進　　達　　書

年　　月　　日

社会福祉法人千葉県社会福祉協議会会長　様

高等職業訓練促進給付金の支給機関

所 在 地〒

電話　　（　　）

名　　称

代表者名

印

養　成　機　関　名	
養 成 機 関 所 在 地	〒　　－
修 業 （ 予 定 ） 期 間	年　　月　から　　年　　月　まで
取 得 （ 予 定 ） 資 格	
高等職業訓練促進給付金受給期間	年　　月　から　　年　　月　まで 受給停止期間：　　年　　月　から　　年　　月　まで
生 活 保 護 受 給 状 況	１．受給中　２．受給していない　３．受給予定
申　請　者　氏　名	
自治体意見 （貸付けにあたっての総合意見、伝達事項を御記載ください。）	