ジョブ・カード職業能力証明シート交付確認書

１．訓練科名　：

２．訓練実施施設名　：

３．訓練実施期間　：　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

　上記の訓練の実施に際し、ジョブ・カードを活用したキャリア・コンサルティングおよび能力評価を行い、職業能力証明シート（様式3-3-2-2）を交付しました。

　　滋賀県知事　○○○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 交　　付　　日 | 受 講 者 氏 名 |
| １ | 年　　月　　日 |  |
| ２ | 年　　月　　日 |  |
| ３ | 年　　月　　日 |  |
| ４ | 年　　月　　日 |  |
| ５ | 年　　月　　日 |  |
| ６ | 年　　月　　日 |  |
| ７ | 年　　月　　日 |  |
| ８ | 年　　月　　日 |  |
| ９ | 年　　月　　日 |  |
| １０ | 年　　月　　日 |  |
| １１ | 年　　月　　日 |  |
| １２ | 年　　月　　日 |  |
| １３ | 年　　月　　日 |  |
| １４ | 年　　月　　日 |  |
| １５ | 年　　月　　日 |  |