

【様式2】

地域子育て支援コース(利用者支援事業・基本型)受講用  
実務経験証明書

1 受講者(※1)の氏名及び生年月日

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2 施設・事業所の所在地・名称

所 在 地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

3 従事内容

4 従事期間(※2)

年 月 日 ~ 年 月 日 ( 箇月 日 )  
年 月 日 ~ 年 月 日 ( 箇月 日 )  
年 月 日 ~ 年 月 日 ( 箇月 日 )

上記のとおり、実務経験を証明します。

年 月 日

証明者 所 在 地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

職・氏 名 \_\_\_\_\_ 印

証明者連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

※1 子育て支援員研修「利用者支援事業・基本型」の受講にあたっては、相談及びコーディネーター等の業務内容を必須とする市町村長が認めた事業や業務(例:地域子育て支援拠点事業, 保育所における主任保育士業務等)に1年以上の実務経験をあらかじめ有していることが受講条件となります。

※2 実務に従事していない期間(育児休業, 療養休暇等)は含みません。