

別紙

平成 30 年度子育て支援員研修「地域子育て支援コース（利用者支援事業・基本型）」

実務経験証明書

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ		生年月日
受講者氏名		昭和・平成 年 月 日
事業所名		
事業所所在地		
業務内容 ※		
上記業務従事期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 ※産休・育休期間を除く。	

※地域子育て支援コース（利用者支援事業・基本型）の受講に当たっては、相談及びコーディネーター等の業務内容を必須とする事業や業務（例：子育て支援拠点事業、保育所における主任保育士業務）に1年以上の実務経験を予め有していることが条件となっています。（静岡県子育て支援員研修事業実施要領より）

平成 年 月 日

所在地
名称
代表者職・氏名
連絡先電話番号

印