

(様式1)

平成 年 月 日

平成29年度佐賀県子育て支援員研修  
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

所在地

団体名

代表者職・氏名

印

担当者氏名

連絡先電話番号

以下のとおり、下記の者の実務経験を証明します。

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
事業所名	
事業所所在地	〒
業務内容 ※1	
上記業務 従事期間 ※2	昭和・平成 年 月 日 ～ 昭和・平成 年 月 日

※1 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ト等の業務内容を必須とする事業や業務で市町村長が認めたもの(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予め有していることが、受講条件となります。

※2 産休・育休期間は含みません。