

(様式2)

平成 年 月 日

平成29年度佐賀県子育て支援員研修
基本研修受講免除要件確認用

在職証明書

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、下記の者は日々子どもと関わる業務に携わる者であることを証明します。

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	〒
施設の種類 ※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 保育所、幼稚園、認定こども園、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブ、小規模保育事業所等