**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ト等

　　 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。