

平成28年度 群馬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】用

実務経験証明書

群馬県社会福祉協議会長 様

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 日生
事業所名	
事業所所在地	〒 ー
業務内容 ※1	
上記業務従事期間 ※2	

※1 【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。