

【様式3】

鹿児島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）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 _____ 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 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。