

【参考様式】

令和2年度栃木県子育て支援員研修  
<基本研修免除希望者>

## 実務経験証明書

令和 2年 月 日

株式会社 TBC 福祉教育センター 様

所在地  
名称  
代表者職・氏名 印  
(担当者氏名 )  
連絡先電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

### 記

(氏名)  
(生年月日) 昭和・平成 年 月 日生

(事業所名)

(事業所所在地) 〒

(業務内容)

※1

(就業期間) 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日

※2

※1 幼稚園教諭、看護師、保健師の資格をお持ちで、基本研修の免除を希望される方は、「日々子どもと関わる業務」(例：保育所、幼稚園、認定こども園、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブなど)の実務経験を有していることが条件となっています。

※2 産休・育休期間を除く。