

【参考様式】

令和2年度栃木県子育て支援員研修
<利用者支援事業（基本型）コース>

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 利用者支援事業（基本型）コースの受講にあたっては、相談及びコーディネーター等の業務内容を必須とする市町村長が認めた業務（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）に1年以上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。