【参考様式】

令和3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　3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ト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。