令和　6年　　　月　　　日

令和６年度石巻市子育て支援員研修

地域子育て支援コース（利用者支援事業（基本型））

実務経験証明書

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 |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 業務内容  ※1 |  |
| 上記業務従事期間  ※2 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

※1 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 休職期間は含みません。