

(西暦) 年 月 日

令和2年度 長岡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

㊞

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	(西暦) 年 月 日
事業所名	
事業所所在地	(〒 -)
事業内容 ※1	
上記業務従事期間 ※2	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日

※1 利用者支援事業（基本型）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有していることが、受講条件となります。

※2 産休・育児休暇期間は含みません。