

【様式1】

令和6年 月 日

株式会社東京リーガルマインド  
千葉県子育て支援員研修事務局 宛

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：

令和6年度千葉県子育て支援員研修（地域子育て支援コース）

【利用者支援事業・基本型】用

実務経験証明書

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	
事業所在地	〒
※1 業務内容	
※2 業務従事期間	

※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 産休・育休期間は含みません。