令和６年　月　日

株式会社東京リーガルマインド

群馬県子育て支援員研修事務局

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年度群馬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 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| ※１ 業務内容 |  |
| ※２ 業務従事期間 | 年　 月　 日　～　　　 年　 月　 日（計　 年　 ヶ月） |

※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条件

となります。

※２　産休・育休期間は含みません。