

令和6年度北海道子育て支援員研修

地域子育て支援コース 利用者支援事業（基本型）

勤 務 証 明 書

年 月 日

所在地

法人等団体名

代表者職・氏名



発行担当者氏名

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。

|           |   |              |
|-----------|---|--------------|
| フリガナ      |   | 生 年 月 日      |
| 受講者氏名     |   | 昭和・平成 年 月 日生 |
| 事業所名      |   |              |
| 事業所所在地    | 〒   |              |
| 業務内容<br>※ |   |              |
| 上記業務従事期間  | 昭和・平成・令和 年 月 日～昭和・平成・令和 年 月 日<br>※産休・育休期間を除く。 |              |

※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）に1年以上の実務経験を有していることが条件です。