

令和 年 月 日

令和7年度奈良県子育て支援員研修
基本研修免除実務経験証明書

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。

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
保有資格 ※1 (いずれかに○)	幼稚園教諭 ・ 看護師 ・ 保健師
事業所名	
事業所所在地	〒
業務内容 ※2	
上記業務従事期間 ※3	年 月 日 ～ 年 月 日

※1 資格証の写しも提出してください。姓の変更等がある場合は、同一人物であることの証明書類（戸籍抄本等）もあわせて提出してください。

※2 幼稚園教諭、看護師、保健師の資格をお持ちの方で日々子どもと関わる業務（保育所、幼稚園、認定こども園、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブ等）に従事していることを示してください。

※3 休職期間は含みません。

※4 押印は不要です。代表者の責任をもって証明してください。