

令和 8 年度 岡山県子育て支援員研修

地域子育てコース 利用者支援事業（基本型）

実 務 経 験 証 明 書

令和 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 ※		
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 (休職期間を除く。)	

※ 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）に1年以上の実務経験を有していることが条件です。

※ 押印は不要です。代表者の責任をもって作成してください。