

令和 年 月 日

令和7年度埼玉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)>

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

印

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	〒 一
業務内容※1	
上記業務従事期間 ※2	昭和・平成・令和 年 月 日 ~昭和・平成・令和 年 月 日

※1 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等)に1年以上の実
務経験を有していることが、受講条件となります

※2 産休・育休期間は含みません。