

実務経験証明書

令和 年 月 日

愛知県知事 大村 秀章 様

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
印

下記の者の実務経験は、以下の通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		年 月 日生
法人等団体名		
所在地	〒	
業務内容 ※(1)		
上記業務従事期間 ※(2)	年 月 日 ～ 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予め有していることが条件です。(愛知県子育て支援員研修事業実施要綱より)
※(2) 従事期間は、育休や産休などの、休職期間を除きます。