**令和　　　年　　　月　　　日**

**令和６年度山形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　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印**

**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。**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | **〒　　　－** |
| **業務内容※1** |  |
| **上記業務従事期間****※2** | **昭和・平成　　　年　　　月　　　日 ～ 昭和・平成　　　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あらかじめ有していることが、受講条件となります**

**※2 産休・育休期間は含みません。**