

【様式例】

平成29年度茨城県子育て支援員認定資格研修  
＜基本研修免除希望者＞

## 実務経験証明書

平成 年 月 日

茨城県社会福祉協議会会長 様

所在地

名称

代表者職・氏名

(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。

記

(氏名)

(生年月日) 昭和・平成 年 月 日生

(事業所名)

(事業所所在地) 〒

(業務内容)

※1

(就業期間) 昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日

※2

※1 幼稚園教諭、看護師、保健師の資格をお持ちで、基本研修の免除を希望される方は、「日々子どもと関わる業務」(例：保育所、幼稚園、認定こども園、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブなど)の実務経験を予め有していることが条件となっています。

※ 2産休・育休期間を除く。

【様式例】

平成29年度茨城県子育て支援員認定資格研修  
＜利用者支援事業（基本型）コース＞

## 実務経験証明書

平成 年 月 日

茨城県社会福祉協議会会長 様

所在地

名称

代表者職・氏名

（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。

記

（氏名）

（生年月日） 昭和・平成 年 月 日生

（事業所名）

（事業所所在地） 〒

（業務内容）

※1

（就業期間） 昭和・平成 年 月 日 ～ 昭和・平成 年 月 日

※2

※1 利用者支援事業（基本型）コースの受講にあたっては、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予め有していることが条件となっています。

※2 産休・育休期間を除く。