

年 月 日

令和 7 年度岡山市子育て支援員研修

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

住 所

称号又は名称

代表者氏名

⑩

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	
事業所名	(事業内容 :)
事業所所在地	
業務内容	
上記業務従事期間 ※2	年 月 ～ 年 月 (従事年数 年 カ月)

※1 利用者支援事業（基本型）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、受講条件となります。

※2 産休・育休期間は含みません。