

令和6年度東京都子育て支援員研修「利用者支援事業（基本型）」

実務経験証明書

令和 年 月 日

一般財団法人 保健福祉振興財団 理事長 様

所在地

法人等団体名

代表者職・氏名

印

発行担当者氏名

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。

フリガナ		生年月日
受講者氏名		昭和・平成 年 月 日生
事業所名		
事業所所在地	〒	
業務内容 ※		
上記業務従事期間	昭和・平成・令和 年 月 日～昭和・平成・令和 年 月 日 ※産休・育休期間を除く。	

※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区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）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。（「東京都子育て支援員研修事業実施要項」より）