

(様式3)

利用者支援事業（基本型）実務経験証明書

年 月 日

兵庫県社会福祉協議会

福祉人材研修センター所長 様

所 在 地

法人等団体名

代表者職・氏名

印

連絡先電話番号

担 当 者 名

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

フリガナ		生年月日
受講者氏名		昭和・平成 年 月 日
事業所名		
事業所所在地	〒 ー	
業務内容※1		
上記業務従事期間 (実務経験1年以上)	年 月 日～ 年 月 日 ※産休・育休期間を除く	

※1 地域子育て支援コース（利用者支援事業・基本型）の受講に当たっては、利用者支援事業、地域子育て支援拠点事業又は保育所における主任保育士業務等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長が認めた事業や業務に1年以上の実務経験を有していることが条件となっています。

※この様式は福祉人材研修センターホームページ(<https://hfkensyu.com/>)からもダウンロードできます。