（様式３）

利用者支援事業（基本型）実務経験証明書

年　　　月　　　日

株式会社ニチイ学館

近畿第二支部　御中

所在地

法人等団体名

代表者職・氏名

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 | 〒　　　　－ | |
| 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。

※この様式はニチイ学館ホームページ（http://www.nichiikids.net/topics/article/250425.html）からも

ダウンロードできます。