

【様式 2】 ※利用者支援事業を受講希望の方のみ提出が必要です。

令和 7 年 月 日

山口県知事 様

証明者の住所

()

証明者の団体名（施設名）・役職

()

証明者氏名

(印)

実務経験証明書

() 氏は本団体（施設）において、次のとおり勤務していた、または勤務していることを証明します。

勤務施設名	期 間	職 名	事業名または業務名
	年 月 日 ～ 年 月 日 ※産休・育休期間を除く		

※当様式における証明者は、施設長・事業主等としてください。

※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ター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。

※事業名または業務名の内容について、確認させていただくことがあります。