

平成31年度 長崎県子育て支援員研修
地域子育て支援コース<利用者支援事業・基本型>

従事証明書

※ 地域子育て支援コースの「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)において、以下に掲げる通り、実務経験を予め有していることが、受講要件となります。

- ① 保育士、社会福祉士、その他対人援助に関する有資格者の場合 1年
② ①以外の者の場合 3年

以下のとおり、下記の者は、子どもと関わる業務の実務経験を有していることを証明します。

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
施設・事業所名	
施設・事業所所在地	〒 —
施設・事業所の種類	<input type="checkbox"/> 1 小規模保育事業A型 <input type="checkbox"/> 2 小規模保育事業B型 <input type="checkbox"/> 3 小規模保育事業C型 <input type="checkbox"/> 4 家庭的保育事業 <input type="checkbox"/> 5 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 6 事業所内保育事業 <input type="checkbox"/> 7 ファミリー・サポート・センター事業 <input type="checkbox"/> 8 地域子育て支援拠点事業(子育てひろば事業) <input type="checkbox"/> 9 利用者支援事業(基本型) <input type="checkbox"/> 10 利用者支援事業(特定型) <input type="checkbox"/> 11 放課後児童クラブ(学童クラブ) <input type="checkbox"/> 12 乳児院、児童養護施設等 <input type="checkbox"/> 13 認可保育所 <input type="checkbox"/> 14 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 15 幼稚園 <input type="checkbox"/> 16 幼保連携型認定こども園 <input type="checkbox"/> 17 その他子どもと関わる業務 ()
従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

証明者所在地

名称

職・氏名

連絡先電話番号

印