

# 実務経験証明書

令和 年 月 日

施設・事業所の 所在地及び 法人等の名称 電話番号		
代表者役職 氏名		代表者印

次の者の実務経験について、下記のとおり証明します。

フリガナ		生年月日		
氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成		
施設の名称		児童福祉事業の種別 ※1		
所在地				
職種	主な業務内容	従業期間	期間計	累計労働時間
		年 月 ~ 年 月	年 月	時間
		年 月 ~ 年 月	年 月	時間
		年 月 ~ 年 月	年 月	時間

※1 児童福祉事業とは、児童福祉法に規定する以下の事業になります

障害児通所支援事業、障害児相談支援事業、児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業又は小規模住居型児童養育事業、同法に規定する助産施設、保育所、児童厚生施設又は児童家庭支援センターを運営する事業及び児童の福祉の増進について相談応ずる事業