

年 月 日

石狩市子育て支援員研修
実務経験証明書

所在地
法人等団体名
代表者職・氏名

印

発行担当者氏名
連絡先電話番号

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。

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	〒	
事業内容		
上記業務従事期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 現在まで 年 カ月 ※休職期間を除く	