

児童福祉事業の実務経験証明書

証明書作成日	年 月 日
--------	-------

(宛先) 豊中市長

法人・施設・事業所 名称		
所在地		
代表者	役 職	氏 名
証明書作成者	所属・役職等	氏 名
証明書作成者の 連絡先電話番号		

次の者は、以下のとおり放課後児童支援員認定資格研修の受講要件に係る「児童福祉事業」の実務経験を有することを証明します。

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日
本人住所		
児童福祉事業名		
職種（職名）		
従業期間	年 月 日から	年 月 日
従事状況	1月あたりの勤務日数	1日あたりの勤務時間
	日勤務	時間
従事した仕事の内容 (具体的に)		