

(子育て支援員研修修了者で、拠点施設で3年以上かつ200日以上従事した経験がある方は施設から証明をもらってきてください。)

従 事 証 明 書

従 事 者 氏 名		
従 事 者 住 所		
従事者生年月日		
従事地域子育て支援拠点施設名		
施 設 住 所		
勤務期間 (年度ごとにご記入ください)	勤務日数	職 種 (正規職員・非常勤職員等)
年 月 日 ～ 年 月 日	日	
年 月 日 ～ 年 月 日	日	
年 月 日 ～ 年 月 日	日	
年 月 日 ～ 年 月 日	日	
年 月 日 ～ 年 月 日	日	
合 計	日	

八女市長 様

上記のとおり地域子育て支援拠点施設に従事したことを証明します。

令和 年 月 日

所 在 地
施 設 名
代表者氏名
電 話 番 号



(注意)

- ・地域子育て支援拠点施設とは、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長より通知の「地域子育て支援拠点事業実施要綱」中、常設の地域子育て支援拠点施設をいう。
- ・これは八女市役所子育て支援課こども未来係（電話：0943-24-8814）へ提出するものです。
- ・証明内容の確認のため、八女市から施設住所地の市町村に確認をする場合もあります。