

実務経験（見込）証明書

年 月 日

（福）西宮市社会福祉協議会理事長様

施設・事業所等名

代表者名

㊞

下記の者は、以下のとおり児童福祉事業に従事した（する見込である）ことを証明します。

被証明者氏名等	(生年月日： 年 月 日生)	
被証明者住所	〒 ー	
施設又は事業所等名		
業務期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
業務日数	日間	
1週の勤務時間	時間 分	
業務内容		
証明者の連絡先	電話番号	担当者名

※見込みの場合は、令和3年10月末日までの期間及び日数を記入して下さい。

児童福祉事業：児童福祉法第六条の二、第六条の三、第七条に規定する事業及び施設

児童福祉事業：児童福祉法第六条の二、第六条の三、第七条に規定する事業及び施設

第六条の二関連

障害児通所支援事業、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児相談支援事業、障害児支援利用援助、継続障害児支援利用援助

第六条の三関連

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、小規模住居型児童養育事業、家庭的保育事業

第七条関連

児童福祉施設・・・助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、児童厚生施設、児童養護施設、障害児入所施設、児童発達支援センター、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設及び児童家庭支援センター
障害児入所支援