

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、原則として採用予定日までの期間及び日数見込みを記入して下さい。

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