

【様式】

令和7年 月 日

株式会社東京リーガルマインド
柏市子育て支援員研修事務局 宛て

所在地：

団体名：

印

担当者氏名：

連絡先電話番号：

令和7年度柏市子育て支援員研修 基本研修免除希望

(幼稚園教諭・看護師・保健師) 用

実務経験証明書

以下のとおり、下記の者の実務経験を証明します。

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
事業所名	
事業所在地	〒
※1 業務内容 (お子様と日々接している内容を含めてください。)	
※2 業務従事期間	年 月 日 ～現在