（様式３－１）

特例制度対象施設証明書

※　1・2は受験者が記入してください。また、特例対象施設実務証明書の写しを添付してください。

1. 受験者氏名及び生年月日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

昭和・平成・令和　　年　　月　　日生

2. 勤務期間等

勤務期間：(昭・平・令)　　年　　月 から (昭・平・令)　　年　　月

実労働時間：＿＿＿＿＿＿＿＿時間

本受験者より申請のあった勤務期間等が、特例対象施設に該当する期間内におけるものであることを証明する。

令和　　年　　月　　日

主　管　課　福島県子育て支援課長　　印

都道府県名　福島県