※この書類は、同一期間に複数の事業所に所属している場合に限り必要です。

従事日数内訳証明書

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会会長　様

法人、施設又は
事業所の名称
代表者職・氏名
（電話番号）

公印

受験申込者（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿の介護等の業務に従事した日数を次のとおり証明します。

（介護等の業務に従事した日のみ○印をつけてください。）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
年　月																																日