*※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 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 年　月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |

| | |
|---|---|
| 合計 | 日 |

（注）１　**従事期間に見込み日数が含まれている場合は、従事期間を満たした後、平成 29 年 10 月 19 日（木）までに実務経験証明書と一緒に、改めて提出してください。**期日までに提出されない場合は、受験資格を満たさなかったものとして、試験は無効になります。

２　記載事項を訂正した場合は、代表者の職印（証明書印）で訂正印を押してください。修正液で訂正したものは証明書として無効ですので、注意してください。