※コピーして使用してください。

※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

令和　　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、令和６年 10 月 25 日（金）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。