第21回介護支援専門員実務研修受講試験　従業日数内訳証明書

この書類は、同一期間内に複数の事業所に所属している場合にのみ必要です。

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人　京都府社会福祉協議会
介護支援専門員実務研修受講試験室長　様

施設又は事業所所在地
名　　称
代表者（役職・氏名）　　印
（電話番号）
（担当者氏名）

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に○印をつけてください）

区　分	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