令和８年度第29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。

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
（担当者氏名）
（連絡先）

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
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
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　**従事期間に見込日数が含まれている場合は、従事期間が経過後、令和８年10月16日（金）までに実務経験証明書と一緒に、改めて従業日数内訳証明書を提出してください。**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、試験は無効となります。
２　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。修正液等で訂正した証明書は、無効です。

切り取り線