

(様式4)

《本冊子を切り取らずにコピーをとって証明者にお渡しください》

同一の期間に複数の施設・事業所等に重複して所属している場合のみ、この証明書を提出してください。
(所属事業所毎に1枚ずつ必要です)

従事期間に見込日数が含まれている場合は、受験資格に該当する実務経験確定後、令和5年10月23日(月)までに、
実務経験証明書と一緒に確定した証明書を提出してください。提出がない場合、受験は無効になります。

第26回 奈良県介護支援専門員実務研修受講試験
従事日数内訳証明書

令和5年 月 日

社会福祉法人 奈良県社会福祉協議会 会長 様

所在地
施設又は事業所名
代表者職・氏名
電話番号
(担当者氏名)

職印

下記の者が受験資格に係る業務に従事した日数を次のとおり証明します。

Table with columns for Name (氏名), Date (年月日), and Total (計). Includes a note: '年月を記入し、受験資格該当業務に従事した日に○を付してください。' and a final '合計' row.