【注意】同一期間に複数の事業所に所属している場合のみ、この書類の提出が必要です。　＜証明権者が記入＞

従事日数（見込み）内訳証明書

（西暦）　　年　　月　　日

社会福祉法人　兵庫県社会福祉協議会会長　様

施設又は事業所の
所在地及び名称

代表者 職・氏名　　印

（ 電 話 番 号 ）

受験申込者（氏名）＿＿＿＿＿＿ の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。

（受験資格に係る業務に従事した日のみ○印をつけてください）

（西暦）	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

（西暦）	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

（西暦）	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

合計	日

（注）　1　当該ページをコピーし、重複する従事期間のみ月単位で記入してください。
　　2　重複する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５年10月13日（金）（消印有効）までに「見込み達成」実務経験証明書 と一緒に改めて提出が必要です。
　　3　記入内容を訂正した場合は、二重線で消し代表者の公印（職印）で訂正印を押してください。修正液で訂正したものは無効です。