※コピーまたは茨城県社会福祉協議会ホームページからプリントアウトをして使用してください

様式第4号

２　０　１　９（令和元）年　度
従　事　日　数　内　訳　証　明　書

２０１９年　　月　　日

茨城県社会福祉協議会長　様

所在地

名　称

代表者氏名　　公印

連絡先電話番号

受験申込者　（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の受験資格に係る業務に従事した日数は以下のとおりであることを証明します。

業務に就いた日のみ○印をつけてください

| | | |