※コピーまたは茨城県社会福祉協議会ホームページから印刷して使用してください
様式第4号

この書類は、同一期間に複数の事業者に所属（かけもち）している場合に限り必要です。
実務経験（見込）証明書と併せて、該当するすべての事業者分を提出してください。

従　事　日　数　内　訳　証　明　書

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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　が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〇印をつけてください

年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

合計　　日