≪この様式は、東京都福祉保健財団のホームページからダウンロードできます。または、このページをコピーして使用してください。≫

【注意】同一の期間に複数の施設・事業所等に所属（かけもち）している場合に限り必要です。

※従事期間に見込み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１６日（月）までに、実務経験証明書と一緒に改めて提出してください。**提出がない場合は、**受験は無効になります。**

令和５年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験

従　事　日　数　内　訳　（見　込）　証　明　書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人東京都福祉保健財団　理事長　様

〔施設又は事業所等〕
住所
名称
代表者氏名
電話番号
(担当者氏名)

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。

氏　名											年月を記入し、受験資格該当業務に従事した日に〇印をつけて下さい。																						計
年　月	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	日