別記要領様式第７号－②（要領第５関係）

従事日数内訳証明書

年　　　月　　日



※介護等の業務に従事した日のみ○印をつけてください。

上記のとおり当方において、介護等の業務に従事した日数を証明します。

群馬県社会福祉協議会長　あて

　　法人／施設・事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人／施設・事業所の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者／管理者の長