別記要領様式第６号－②（要領第４関係）

従事日数内訳証明書

年　　月　　日

	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
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
	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	

※　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