介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　年　月　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　－		
			職印
電話番号	－　－		
代表者	役　職	氏　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　月　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した(する)日に〇印をつけてください。

		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
1	令和4(2022)年4月																																日
2	令和4(2022)年5月																																日
3	令和4(2022)年6月																																日
4	令和4(2022)年7月																																日
5	令和4(2022)年8月																																日
6	令和4(2022)年9月																																日
7	令和4(2022)年10月																																日
8	令和4(2022)年11月																																日
9	令和4(2022)年12月																																日
10	令和5(2023)年1月																																日
11	令和5(2023)年2月																																日
12	令和5(2023)年3月																																日
13	令和5(2023)年4月																																日
14	令和5(2023)年5月																																日
15	令和5(2023)年6月																																日
16	令和5(2023)年7月																																日
17	令和5(2023)年8月																																日
18	令和5(2023)年9月																																日
19	令和5(2023)年10月																																日
20	令和5(2023)年11月																																日
21	令和5(2023)年12月																																日
22	令和6(2024)年1月																																日
23	令和6(2024)年2月																																日
24	令和6(2024)年3月																																日
25	令和6(2024)年4月																																日
26	令和6(2024)年5月																																日
27	令和6(2024)年6月																																日
28	令和6(2024)年7月																																日
29	令和6(2024)年8月																																日
30	令和6(2024)年9月																																日
31	令和6(2024)年10月																																日
32	令和6(2024)年11月																																日
33	令和6(2024)年12月																																日
34	令和7(2025)年1月																																日
35	令和7(2025)年2月																																日
36	令和7(2025)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　年　月　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　－		
			職印
電話番号	－　－		
代表者	役　職	氏　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　月　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成31(2019)年4月																																日
2	令和1(2019)年5月																																日
3	令和1(2019)年6月																																日
4	令和1(2019)年7月																																日
5	令和1(2019)年8月																																日
6	令和1(2019)年9月																																日
7	令和1(2019)年10月																																日
8	令和1(2019)年11月																																日
9	令和1(2019)年12月																																日
10	令和2(2020)年1月																																日
11	令和2(2020)年2月																																日
12	令和2(2020)年3月																																日
13	令和2(2020)年4月																																日
14	令和2(2020)年5月																																日
15	令和2(2020)年6月																																日
16	令和2(2020)年7月																																日
17	令和2(2020)年8月																																日
18	令和2(2020)年9月																																日
19	令和2(2020)年10月																																日
20	令和2(2020)年11月																																日
21	令和2(2020)年12月																																日
22	令和3(2021)年1月																																日
23	令和3(2021)年2月																																日
24	令和3(2021)年3月																																日
25	令和3(2021)年4月																																日
26	令和3(2021)年5月																																日
27	令和3(2021)年6月																																日
28	令和3(2021)年7月																																日
29	令和3(2021)年8月																																日
30	令和3(2021)年9月																																日
31	令和3(2021)年10月																																日
32	令和3(2021)年11月																																日
33	令和3(2021)年12月																																日
34	令和4(2022)年1月																																日
35	令和4(2022)年2月																																日
36	令和4(2022)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　年　月　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　－		
			職印
電話番号	－　－		
代表者	役　職	氏　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　月　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成28(2016)年4月																																日
2	平成28(2016)年5月																																日
3	平成28(2016)年6月																																日
4	平成28(2016)年7月																																日
5	平成28(2016)年8月																																日
6	平成28(2016)年9月																																日
7	平成28(2016)年10月																																日
8	平成28(2016)年11月																																日
9	平成28(2016)年12月																																日
10	平成29(2017)年1月																																日
11	平成29(2017)年2月																																日
12	平成29(2017)年3月																																日
13	平成29(2017)年4月																																日
14	平成29(2017)年5月																																日
15	平成29(2017)年6月																																日
16	平成29(2017)年7月																																日
17	平成29(2017)年8月																																日
18	平成29(2017)年9月																																日
19	平成29(2017)年10月																																日
20	平成29(2017)年11月																																日
21	平成29(2017)年12月																																日
22	平成30(2018)年1月																																日
23	平成30(2018)年2月																																日
24	平成30(2018)年3月																																日
25	平成30(2018)年4月																																日
26	平成30(2018)年5月																																日
27	平成30(2018)年6月																																日
28	平成30(2018)年7月																																日
29	平成30(2018)年8月																																日
30	平成30(2018)年9月																																日
31	平成30(2018)年10月																																日
32	平成30(2018)年11月																																日
33	平成30(2018)年12月																																日
34	平成31(2019)年1月																																日
35	平成31(2019)年2月																																日
36	平成31(2019)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　　年　　月　　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　　－		
			職印
電話番号	－　　－		
代表者	役　　職	氏　　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　　月　　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成25(2013)年4月																																日
2	平成25(2013)年5月																																日
3	平成25(2013)年6月																																日
4	平成25(2013)年7月																																日
5	平成25(2013)年8月																																日
6	平成25(2013)年9月																																日
7	平成25(2013)年10月																																日
8	平成25(2013)年11月																																日
9	平成25(2013)年12月																																日
10	平成26(2014)年1月																																日
11	平成26(2014)年2月																																日
12	平成26(2014)年3月																																日
13	平成26(2014)年4月																																日
14	平成26(2014)年5月																																日
15	平成26(2014)年6月																																日
16	平成26(2014)年7月																																日
17	平成26(2014)年8月																																日
18	平成26(2014)年9月																																日
19	平成26(2014)年10月																																日
20	平成26(2014)年11月																																日
21	平成26(2014)年12月																																日
22	平成27(2015)年1月																																日
23	平成27(2015)年2月																																日
24	平成27(2015)年3月																																日
25	平成27(2015)年4月																																日
26	平成27(2015)年5月																																日
27	平成27(2015)年6月																																日
28	平成27(2015)年7月																																日
29	平成27(2015)年8月																																日
30	平成27(2015)年9月																																日
31	平成27(2015)年10月																																日
32	平成27(2015)年11月																																日
33	平成27(2015)年12月																																日
34	平成28(2016)年1月																																日
35	平成28(2016)年2月																																日
36	平成28(2016)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　年　月　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　－		
			職印
電話番号	－　－		
代表者	役　職	氏　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　月　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成22(2010)年4月																																日
2	平成22(2010)年5月																																日
3	平成22(2010)年6月																																日
4	平成22(2010)年7月																																日
5	平成22(2010)年8月																																日
6	平成22(2010)年9月																																日
7	平成22(2010)年10月																																日
8	平成22(2010)年11月																																日
9	平成22(2010)年12月																																日
10	平成23(2011)年1月																																日
11	平成23(2011)年2月																																日
12	平成23(2011)年3月																																日
13	平成23(2011)年4月																																日
14	平成23(2011)年5月																																日
15	平成23(2011)年6月																																日
16	平成23(2011)年7月																																日
17	平成23(2011)年8月																																日
18	平成23(2011)年9月																																日
19	平成23(2011)年10月																																日
20	平成23(2011)年11月																																日
21	平成23(2011)年12月																																日
22	平成24(2012)年1月																																日
23	平成24(2012)年2月																																日
24	平成24(2012)年3月																																日
25	平成24(2012)年4月																																日
26	平成24(2012)年5月																																日
27	平成24(2012)年6月																																日
28	平成24(2012)年7月																																日
29	平成24(2012)年8月																																日
30	平成24(2012)年9月																																日
31	平成24(2012)年10月																																日
32	平成24(2012)年11月																																日
33	平成24(2012)年12月																																日
34	平成25(2013)年1月																																日
35	平成25(2013)年2月																																日
36	平成25(2013)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　　年　　月　　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　　－		
			職印
電話番号	－　　－		
代表者	役　　職	氏　　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　　月　　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成19(2007)年4月																																日
2	平成19(2007)年5月																																日
3	平成19(2007)年6月																																日
4	平成19(2007)年7月																																日
5	平成19(2007)年8月																																日
6	平成19(2007)年9月																																日
7	平成19(2007)年10月																																日
8	平成19(2007)年11月																																日
9	平成19(2007)年12月																																日
10	平成20(2008)年1月																																日
11	平成20(2008)年2月																																日
12	平成20(2008)年3月																																日
13	平成20(2008)年4月																																日
14	平成20(2008)年5月																																日
15	平成20(2008)年6月																																日
16	平成20(2008)年7月																																日
17	平成20(2008)年8月																																日
18	平成20(2008)年9月																																日
19	平成20(2008)年10月																																日
20	平成20(2008)年11月																																日
21	平成20(2008)年12月																																日
22	平成21(2009)年1月																																日
23	平成21(2009)年2月																																日
24	平成21(2009)年3月																																日
25	平成21(2009)年4月																																日
26	平成21(2009)年5月																																日
27	平成21(2009)年6月																																日
28	平成21(2009)年7月																																日
29	平成21(2009)年8月																																日
30	平成21(2009)年9月																																日
31	平成21(2009)年10月																																日
32	平成21(2009)年11月																																日
33	平成21(2009)年12月																																日
34	平成22(2010)年1月																																日
35	平成22(2010)年2月																																日
36	平成22(2010)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　年　月　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　－		
			職印
電話番号	－　－		
代表者	役　職	氏　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　月　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成16(2004)年4月																																日
2	平成16(2004)年5月																																日
3	平成16(2004)年6月																																日
4	平成16(2004)年7月																																日
5	平成16(2004)年8月																																日
6	平成16(2004)年9月																																日
7	平成16(2004)年10月																																日
8	平成16(2004)年11月																																日
9	平成16(2004)年12月																																日
10	平成17(2005)年1月																																日
11	平成17(2005)年2月																																日
12	平成17(2005)年3月																																日
13	平成17(2005)年4月																																日
14	平成17(2005)年5月																																日
15	平成17(2005)年6月																																日
16	平成17(2005)年7月																																日
17	平成17(2005)年8月																																日
18	平成17(2005)年9月																																日
19	平成17(2005)年10月																																日
20	平成17(2005)年11月																																日
21	平成17(2005)年12月																																日
22	平成18(2006)年1月																																日
23	平成18(2006)年2月																																日
24	平成18(2006)年3月																																日
25	平成18(2006)年4月																																日
26	平成18(2006)年5月																																日
27	平成18(2006)年6月																																日
28	平成18(2006)年7月																																日
29	平成18(2006)年8月																																日
30	平成18(2006)年9月																																日
31	平成18(2006)年10月																																日
32	平成18(2006)年11月																																日
33	平成18(2006)年12月																																日
34	平成19(2007)年1月																																日
35	平成19(2007)年2月																																日
36	平成19(2007)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　　年　　月　　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　　－		
			職印
電話番号	－　　－		
代表者	役　　職	氏　　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　　月　　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成13(2001)年4月																																日
2	平成13(2001)年5月																																日
3	平成13(2001)年6月																																日
4	平成13(2001)年7月																																日
5	平成13(2001)年8月																																日
6	平成13(2001)年9月																																日
7	平成13(2001)年10月																																日
8	平成13(2001)年11月																																日
9	平成13(2001)年12月																																日
10	平成14(2002)年1月																																日
11	平成14(2002)年2月																																日
12	平成14(2002)年3月																																日
13	平成14(2002)年4月																																日
14	平成14(2002)年5月																																日
15	平成14(2002)年6月																																日
16	平成14(2002)年7月																																日
17	平成14(2002)年8月																																日
18	平成14(2002)年9月																																日
19	平成14(2002)年10月																																日
20	平成14(2002)年11月																																日
21	平成14(2002)年12月																																日
22	平成15(2003)年1月																																日
23	平成15(2003)年2月																																日
24	平成15(2003)年3月																																日
25	平成15(2003)年4月																																日
26	平成15(2003)年5月																																日
27	平成15(2003)年6月																																日
28	平成15(2003)年7月																																日
29	平成15(2003)年8月																																日
30	平成15(2003)年9月																																日
31	平成15(2003)年10月																																日
32	平成15(2003)年11月																																日
33	平成15(2003)年12月																																日
34	平成16(2004)年1月																																日
35	平成16(2004)年2月																																日
36	平成16(2004)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　年　月　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　－		
			職印
電話番号	－　－		
代表者	役　職	氏　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　月　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成10(1998)年4月																																日
2	平成10(1998)年5月																																日
3	平成10(1998)年6月																																日
4	平成10(1998)年7月																																日
5	平成10(1998)年8月																																日
6	平成10(1998)年9月																																日
7	平成10(1998)年10月																																日
8	平成10(1998)年11月																																日
9	平成10(1998)年12月																																日
10	平成11(1999)年1月																																日
11	平成11(1999)年2月																																日
12	平成11(1999)年3月																																日
13	平成11(1999)年4月																																日
14	平成11(1999)年5月																																日
15	平成11(1999)年6月																																日
16	平成11(1999)年7月																																日
17	平成11(1999)年8月																																日
18	平成11(1999)年9月																																日
19	平成11(1999)年10月																																日
20	平成11(1999)年11月																																日
21	平成11(1999)年12月																																日
22	平成12(2000)年1月																																日
23	平成12(2000)年2月																																日
24	平成12(2000)年3月																																日
25	平成12(2000)年4月																																日
26	平成12(2000)年5月																																日
27	平成12(2000)年6月																																日
28	平成12(2000)年7月																																日
29	平成12(2000)年8月																																日
30	平成12(2000)年9月																																日
31	平成12(2000)年10月																																日
32	平成12(2000)年11月																																日
33	平成12(2000)年12月																																日
34	平成13(2001)年1月																																日
35	平成13(2001)年2月																																日
36	平成13(2001)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　年　月　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　－		
			職印
電話番号	－　－		
代表者	役　職	氏　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　月　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成7(1995)年4月																																日
2	平成7(1995)年5月																																日
3	平成7(1995)年6月																																日
4	平成7(1995)年7月																																日
5	平成7(1995)年8月																																日
6	平成7(1995)年9月																																日
7	平成7(1995)年10月																																日
8	平成7(1995)年11月																																日
9	平成7(1995)年12月																																日
10	平成8(1996)年1月																																日
11	平成8(1996)年2月																																日
12	平成8(1996)年3月																																日
13	平成8(1996)年4月																																日
14	平成8(1996)年5月																																日
15	平成8(1996)年6月																																日
16	平成8(1996)年7月																																日
17	平成8(1996)年8月																																日
18	平成8(1996)年9月																																日
19	平成8(1996)年10月																																日
20	平成8(1996)年11月																																日
21	平成8(1996)年12月																																日
22	平成9(1997)年1月																																日
23	平成9(1997)年2月																																日
24	平成9(1997)年3月																																日
25	平成9(1997)年4月																																日
26	平成9(1997)年5月																																日
27	平成9(1997)年6月																																日
28	平成9(1997)年7月																																日
29	平成9(1997)年8月																																日
30	平成9(1997)年9月																																日
31	平成9(1997)年10月																																日
32	平成9(1997)年11月																																日
33	平成9(1997)年12月																																日
34	平成10(1998)年1月																																日
35	平成10(1998)年2月																																日
36	平成10(1998)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。

介護福祉士国家試験　従事日数内訳証明書

（兼　従事日数内訳見込証明書）

この書類は、同じ期間に複数の事業所に所属している場合に限り、１事業所につき１枚ずつ必要です。

（実務経験証明書と一緒に提出してください）

公益財団法人　社会福祉振興・試験センター理事長　様

（証明書作成日）令和　年　月　日

法人・施設・事業所名称			法人格コード
所在地	〒　－		
			職印
電話番号	－　－		
代表者	役　職	氏　名	
証明書作成者	所属・役職等	氏　名	
フリガナ		生　年　月　日	
氏名		年　月　日生	
施設または事業所名			

介護等の業務に従事した日に〇印をつけてください。

		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
1	平成4(1992)年4月																																日
2	平成4(1992)年5月																																日
3	平成4(1992)年6月																																日
4	平成4(1992)年7月																																日
5	平成4(1992)年8月																																日
6	平成4(1992)年9月																																日
7	平成4(1992)年10月																																日
8	平成4(1992)年11月																																日
9	平成4(1992)年12月																																日
10	平成5(1993)年1月																																日
11	平成5(1993)年2月																																日
12	平成5(1993)年3月																																日
13	平成5(1993)年4月																																日
14	平成5(1993)年5月																																日
15	平成5(1993)年6月																																日
16	平成5(1993)年7月																																日
17	平成5(1993)年8月																																日
18	平成5(1993)年9月																																日
19	平成5(1993)年10月																																日
20	平成5(1993)年11月																																日
21	平成5(1993)年12月																																日
22	平成6(1994)年1月																																日
23	平成6(1994)年2月																																日
24	平成6(1994)年3月																																日
25	平成6(1994)年4月																																日
26	平成6(1994)年5月																																日
27	平成6(1994)年6月																																日
28	平成6(1994)年7月																																日
29	平成6(1994)年8月																																日
30	平成6(1994)年9月																																日
31	平成6(1994)年10月																																日
32	平成6(1994)年11月																																日
33	平成6(1994)年12月																																日
34	平成7(1995)年1月																																日
35	平成7(1995)年2月																																日
36	平成7(1995)年3月																																日

合計	日

（注）

1　従業期間に見込日数が含まれている場合は、従業期間を満たした後、令和７年４月11日(金)(消印有効)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。期日までに提出されない場合は、試験が無効となります。

2　記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。それ以外の方法で訂正したものは証明書として無効となります。