様式第３号

令和８年度富山県介護支援専門員実務研修受講試験

従 事 日 数 内 訳 証 明 書

令和８年　　月　　日

社会福祉法人富山県社会福祉協議会 会長　殿

施設または事業所の所在地

名称

代表者氏名　　印

（電話番号　　－　　－　　）

（担当者名　　）

下記の者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。

氏　名																														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