

別記様式(第6条関係)

大泉町介護職員等永年勤続表彰推薦書

推薦者 町内事業所等の名称

事業所等の長の氏名

印

次の者は、大泉町介護職員等永年勤続表彰要綱第4条の基準に該当いたしますので、表彰候補者として推薦します。

ふりがな		性別	生年	年	月	日
氏名		男・女	月日	年齢	歳(本年4月1日現在)	
該当する表彰の種類(ア～エのいずれかに○をつけてください。)						
ア 5年表彰		イ 10年表彰		ウ 20年表彰		エ 30年表彰
現在の事業所等における経歴	①法人名					
	②施設名					
	③施設の種類					
	④所在地					
	⑤就職年月日	年	月	日	⑧勤続年数	
	⑥基準日	年	月	日	年 か月	
	⑦勤務期間から除外する期間・理由	年	月	日から	⑨除外期間	
		年	月	日まで	年 か月	
	(理由:)				算定期間(⑧-⑨)	
					年 か月	

注1 ⑦⑨の欄は、該当がある場合のみ記載してください。

2 現在勤務している事業所等以外の勤務経歴がある場合は別紙「職務経歴書」を添付してください。