

令和4年 月 日

介護施設等の名称 デイサービスセンター ○○○

推薦者

所属長職名・氏名 施設長 ○○ ○○

次の者は、埼玉県介護職員等永年勤続表彰要綱第3条の基準に該当するので、表彰候補者として推薦します。

| | | | | |
|---------------------------------|------------------|------------------------------------|----------------------|--|
| ふりがな | さいたま はなこ | 生年 | | |
| 氏名 | 埼玉 花子 | 月日 | 1970年9月1日 | |
| 該当する表彰の種類（ア又はイのいずれかに○を付けてください。） | | | | |
| ア 10年表彰 | | イ ○ 20年表彰 | | |
| 現在の勤務施設における経歴 | ①法人名 | 株式会社 ○○○ | | |
| | ②施設名 | デイサービスセンター ○○○ | | |
| | ③施設の種類 | 通所介護 | | |
| | ④所在地 | 〒×××—×××× 埼玉県さいたま市浦和区○○ ×—××—×× | | |
| | ⑤職種 | 看護職 | | |
| | ⑥労働時間 | 1週間当たりの所定労働時間 40時間 | | |
| | ⑦就職年月日 | 2007年 4月 1日 | ⑩勤続年数 | |
| | ⑧基準日 | 2022年 10月 1日 | 15年 6か月 | |
| | ⑨勤務期間から除外する期間・理由 | 年 月 日から 年 月 日まで (理由:) | ⑪除外期間 年 か月 | |
| | | | 算定期間(⑩-⑪) 15年 6か月 | |

注1 ⑨⑪の欄は、該当がある場合のみ記載してください。

注2 現在の勤務以外に勤務経歴がある場合で、複数法人の勤務がある方は別紙1「職務経歴書」（複数法人等）、同一法人内で複数個所の勤務がある方は別紙2「職務経歴書」（同一法人内）を添付してください。

| | | |
|---------|--------------|--|
| 担当者氏名 | ○○ ○○ | 記載いただいた電話番号に、記載内容について確認の連絡をさせていただくことがあります。 |
| 電話番号 | ×××-×××-×××× | |
| FAX番号 | ×××-×××-×××× | |
| メールアドレス | ○○○@○○○○ | |

職務経歴書

| | | | | | | |
|------|------------------|--------------------|----|---------------------|-------|--|
| ふりがな | さいたま はなこ | | 生年 | | | |
| 氏名 | 埼玉 花子 | | 月日 | 1970年9月1日 | | |
| 職務経歴 | ①法人名 | 医療法人 ○○会 | | | | |
| | ②施設名 | 介護老人保健施設 ○○○ | | | | |
| | ③施設の種類 | 介護老人保健施設 | | | | |
| | ④所在地 | 茨城県○○○○○○ | | | | |
| | ⑤職種 | 看護職 | | | | |
| | ⑥労働時間 | 1週間当たりの所定労働時間 | | 40時間 | | |
| | ⑦就職年月日 | 2002年 4月 1日 | | | ⑩勤続年数 | |
| | ⑧退職年月日 | 2007年 3月 31日 | | | 5年 か月 | |
| | ⑨勤務期間から除外する期間・理由 | 年 月 日から | | | ⑪除外期間 | |
| | | 年 月 日まで (理由 :) | | | 年 か月 | |
| 歴 | | | | 算定期間 (⑩-⑪) 5年 か月 | | |

上記の内容に相違ないことを証明します。 以前の勤務先に証明してもらうこと

令和4年 ×月 ×日

介護施設等の名称 介護老人保健施設 ○○○

所属長職名・氏名 所属長 ○○ ○○

注 ⑨⑪の欄は、該当がある場合のみ記載してください。