様式第１号

埼玉県介護職員等永年勤続表彰　推薦書

　　令和６年　　月　　日

　　　　　　　　　　介護施設等の名称

推薦者

　　　　　　　　　　所属長職名・氏名

　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 |  | 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 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 |  |
| ②施　設　名 |  |
| ③施設の種類 |  |
| ④所　在　地 | 〒 |
| ⑤職　　　種 |  |
| ⑥労働時間 | １週間当たりの所定労働時間　　　　　　　　　時間 |
| ⑦就職年月日 | 年　　　月　　　日 | ⑩勤続年数 |
| ⑧基準日 | 　２０２４年　１０月　　１日 | 年　　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）年　　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又はEメールに、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 |  |
| Eメール |  |