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 |  |