

令和6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	2009年 4月 1日	⑩勤続年数	
	⑧基準日	2024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きます。
電話番号	×××-×××-××××	
FAX番号	×××-×××-××××	
Eメール	○○○@○○○○	

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	2004年 4月 1日			⑩勤続年数	
	⑧退職年月日	2009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 年 月 日まで (理由 :)			⑪除外期間 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ってください

令和6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。