推　薦　書

送信先（公社）埼玉県介護老人保健施設協会　FAX：0494-53-9050

令和6年　　　月　　　日

公益社団法人埼玉県介護老人保健施設協会

　　　会　長　　荒 舩 丈 一　様

[推薦者]

施設名

管理者

(施設長)　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡担当者

電話番号

記

1. 永年勤続表彰該当者（必ず **ふりがな**をお願いします。）

※FAXのため**楷書でお書きください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | 氏　名（ふりがな） | 職　種 | 勤務期間　※西暦で記入 |
| 1 |  |  | 自　　　　　年　　　月　　　日  （計　　　　　年） |
| 2 |  |  | 自　　　　　年　　　月　　　日  （計　　　　　年） |

2024年4月1日現在で合計年数を記入して下さい

2.特別表彰者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 職種 |  |
| 事由（書ききれない場合は別紙使用） | | | |

以上

※この書式(Word)はアルリットのメッセンジャー、協会のホームページにアップしました。