**推 薦 書**

様式第１号（第２条、第６条関係）

提出先

足 立 区 長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　８月３１日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 勤続区分 | ①5年　②10年　③15年 | |
| フリガナ | |  | | |
| 従事者氏名 | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 現住所 | | 〒　　　― | | |
| 勤続年数  ※除算期間は含まない  ※勤続年数は雇用保険適用  期間内でご記入ください。 | | 自　　　　　　　　年　　　　月  至　　　　　　　　年　　　　月　　⇒　　　　年　　　　ヶ月  （除算期間　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日） | | |
| 職　　　　種 | |  | | 常勤・非常勤 |
| 勤  務  先 | フリガナ  事 業 所 名 |  | | |
|  | | |
| 所在地 | 〒　　　― | | |
| 電話番号 | （　　　　　　） | | |
| 従  事  者  同  意  欄 | 上記のとおり相違ありません。  なお、勤務先名、氏名、勤続年数について、受賞者名簿に登載して関係者に公表することに  同意します。  同意しません。  氏　名  ※同意についてどちらかに〇をしてください。また、従事者ご本人の署名をお願いします。 | | | |

※受賞者名簿は授賞式で出席者への配付以外に使用することはございません。

※ご記入して頂いた個人情報は、本褒賞事業以外に使用することはございません。

上記の者は、足立区介護従事者永年勤続褒賞要綱第２条に規定する対象者に該当するため、推薦いたします。

年　　月　　日

住　　　所

推薦法人名

法人代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印