

第1号様式（第7条関係）

千代田区介護職員等永年勤続表彰 推薦書

ふりがな				歳
氏 名			年齢	(本年10月1日時点)
現在 の 勤 務 先	法 人 名			
	事 業 所 名			
	サービスの種類			
	事業所所在地			
	1週間当たりの 所定労働時間 (いずれかに○)	30 時間以上 ・ 30 時間未満		
該当する表彰の種類（ア～エのいずれかに○） ア：5年表彰 イ：10年表彰 ウ：20年表彰 エ：30年表彰				
勤 続 年 数		年 か月 ※本年10月1日時点		
除 外 期 間 (い ず れ か に ○)		あり（計 年 か月） ・ なし ※1週間当たりの所定労働時間が30時間未満の短時間勤務をした期間、離職期間、表彰対象外施設での勤務期間が該当します。		
算 定 期 間		年 か月（勤続年数－除外期間）		
上記の者は、千代田区介護職員等永年勤続表彰実施要綱第4条の基準を満たしており、推薦書及び職務経歴書の記載内容に相違がないことを確認の上、表彰候補者として推薦します。 年 月 日 推薦者 介護事業所等の名称 代 表 者 氏 名				

注1 必ず別紙「職務経歴書」を添付してください。

注2 本推薦書及び「職務経歴書」の内容に虚偽が判明した場合、表彰後であっても決定を取り消される場合があります。

担 当 者 名	
電 話 番 号	
メー ル ア ド レ ス	

別紙

職務経歴書

ふりがな		年齢	歳 (本年 10 月 1 日時点)
氏 名			
期間	職務経歴		
年 月 ～ 年 月	法人名 : 事業所名 : サービスの種類 : 1 週間当たりの所定労働時間 (いずれかに○) : 30 時間以上・30 時間未満		
年 月 ～ 年 月	法人名 : 事業所名 : サービスの種類 : 1 週間当たりの所定労働時間 (いずれかに○) : 30 時間以上・30 時間未満		
年 月 ～ 年 月	法人名 : 事業所名 : サービスの種類 : 1 週間当たりの所定労働時間 (いずれかに○) : 30 時間以上・30 時間未満		
年 月 ～ 年 月	法人名 : 事業所名 : サービスの種類 : 1 週間当たりの所定労働時間 (いずれかに○) : 30 時間以上・30 時間未満		
年 月 ～ 年 月	法人名 : 事業所名 : サービスの種類 : 1 週間当たりの所定労働時間 (いずれかに○) : 30 時間以上・30 時間未満		