

別紙 1

永年勤続障害者推薦書

推薦事業所名

代表者氏名

㊟

推薦年月日 平成 年 月 日

(ふりがな) 氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	昭・平 年 月 日	年齢	満 歳	
現住所	〒 _____			
勤務先名				
	所在地	〒 _____		
採用年月日	年 月 日	勤続年数	年 月 (30.6.1現在)	
職務内容				
障害の種類・程度 (○で囲む)	肢体不自由・視覚障害・音声,言語,聴覚障害・内部障害・知的障害 (身体障害) 種 級、(知的障害) A・B、(精神障害者) 級			
推薦理由(簡潔に箇条書き)				
担当者所属氏名	所属課			氏名
	電話番号			

【個人情報の保護について】

推薦していただいた方が表彰された場合、新聞発表などで「事業所名」「表彰者個人名」を公表することになりますので、ご了承願います。なお、それ以外には使用しません。