**別紙　　　　　　　　　１０年勤続障害者表彰推薦書**

　　推薦事業所名

　　代表者氏名

推薦年月日 令和 　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 | | 〒 | | | | | | | |
|  | 所 在 地 | 〒 | | | | | | | |
| 採 用 年 月 日 | | 年　　　月　　　日 | | | | 勤続年数 | | 年 　月　(2023.6.1現在) | |
| 職 務 内 容 | |  | | | 障害認定後年数 | | | 年 　月　(2023.6.1現在) | |
| 障害の種類・程度  (○で囲む、級を記入） | | 肢体不自由・視覚障害・音声,言語,聴覚障害・内部障害・精神障害 【　　級】  知的障害［ Ａ・Ｂ ］ | | | | | | | |
| 推薦理由(簡潔に箇条書き) 【推薦順位　　　位】　※複数名推薦の場合は記載のこと  ※同趣旨となる他の10年勤続表彰の受賞又は推薦　⇒【なし・あり】 | | | | | | | | | |
| 推薦事務担当者  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る場合、新聞発表などで「事業所名」「被表彰者個人名」を公表することになりますので、ご了承願いします。なお、それ以外には使用しません。

（「被表彰者個人名」については、申し出により匿名扱いが可能です。）