

宮古島市がんばる介護職員等応援表彰 推薦書

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		勤務 年数 計	年 月
氏 名			
勤務期間	職務経歴		
年 月 ～ 年 月 (年 月)	法人名 : 事業所名 : 事業所の種別 : 職種 :		
年 月 ～ 年 月 (年 月)	法人名 : 事業所名 : 事業所の種別 : 職種 :		
年 月 ～ 年 月 (年 月)	法人名 : 事業所名 : 事業所の種別 : 職種 :		
年 月 ～ 年 月 (年 月)	法人名 : 事業所名 : 事業所の種別 : 職種 :		
年 月 ～ 年 月 (年 月)	法人名 : 事業所名 : 事業所の種別 : 職種 :		

注1 介護事業所等の種別及び職種は要綱第2条を参考にご記入ください。

注2 介護保険制度施行以降（平成12年4月以降）の勤務期間をご記入ください。

注3 記入の際は「宮古島市がんばる介護職員等応援表彰Q&A」をご参照ください。