

様式 2

優秀勤労障害者推薦書

1 フリガナ 名 称	歳（昭和・平成 年 月 日生） 男 ・ 女		
2 フリガナ 現住所	（〒 — ）		
3 勤務先 事業所	フリガナ 名 称		
	フリガナ 所在地	（〒 — ）	（電話 — — ）
	担当者職・氏名		
4 職 種		5 勤続年数	年 月
6 しょうがいめい 障害名		7 障害の程度	級 手帳交付年月日 年 月 日
8 経歴及び 表彰歴			
9 事業所の 推薦理由	通算勤続年数 年 月		

※ 手帳又は判定書等の写を添付して下さい。

（提出された個人情報、当該表彰に関わることに使用させていただき、それ以外の目的で使用することはありません。）

上記のとおり推薦いたします。

平成30年 月 日

事業所名

代表者名

