　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大病協発第２６０９号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 ３年 ９月３０日

各　会　員　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人　大阪府病院協会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会　長　　　佐々木　　洋

**第４６回病院職員永年勤続者表彰候補者の推薦について**

拝啓　時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

　　平素は、本会発展のため何かとご協力ご支援賜り厚くお礼申し上げます。

　　さて、本会においては昭和５１年度より病院職員永年勤続者表彰式を挙行し、昨年度第４５

回まで延べ４，０２４病院、２１，８５６名に表彰状を贈呈いたしました。

　　この度、第４６回病院職員永年勤続者の表彰を実施することになりましたので、貴病院にお

いて永年にわたり医療業務に従事し、病院の発展に不断の努力を払われ、病院協会として表彰

に値する職員が、おられましたら１０月２９日（金）までに当人の経歴書（様式２）を同封の

上、別紙様式により本会宛に郵送にてご推薦くださいますようお願い申し上げます。

　　尚、整理の都合上該当者が無い場合もお手数ながら別紙様式３にて、ご報告くださいますよ

う併せてお願い申し上げます。

敬具

記

Ⅰ．様式１－１，１－２及び２（推薦該当者がある場合）

　　１．推薦基準は同一病院（同一経営主体含）に２０年以上勤務し、成績優秀にして、真に推奨に値する

職員であること。（理事長並びに院長及び第1回～45回までの表彰者を除く）。

　　　　※本会社団法人認可日１１月１日を表彰基準日とする。（平成13年10月31日までに入職された方）

　　２．職種については下記を参考にご記入ください。

　　　　　　医師・保健師・助産師・看護師・准看護師・介護士・薬剤師・医療技術者・栄養士・調理師・

事務職　等

　　３．氏名については楷書で、ふりがなも必ずご記入ください。

　　　　※表彰状の氏名となるため特殊な文字等明確にご記入ください。

　　　　　（例）＜崎・﨑＞＜吉・𠮷＞＜富・冨＞＜恵・惠＞＜高・髙＞＜真・眞＞等

　　４．経歴書は様式２を必要部数コピーしてご使用ください。

　　５．送付先　〒543-0074　大阪市天王寺区六万体町４－１１

大阪府病院年金会館３階

　　　　　　　　　　　　一般社団法人大阪府病院協会　TEL　06-6776-1621　　FAX　06-6776-1624

Ⅱ．様式３（推薦者が無い場合）

　　　ＦＡＸでご返信いただいても結構です。**FAX（０６）６７７６－１６２４**

様式　１－１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和３年　　月　　日

一般社団法人　大阪府病院協会

　会　長　　　佐々木　　洋　殿

推　薦　者

　病院所在地

　病　院　名

　病　院　長　　　　　　　　　　　　㊞

**第４６回病院職員永年勤続者表彰候補者の推薦について**

　　令和３年９月３０日付　大病協発第２６０９号にて通知の標記の件につきまして、

下記のとおり該当者の経歴書を添えて推薦いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 職　　名 |  | 勤続年数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　事務担当者（所属　　　　　　／氏名　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　　　　）　　　　　－

様式　１－２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 職　　名 |  | 勤続年数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

様式　２

**経　歴　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 昭　平　　年　　月　　日生　満　　　歳（令和３年11月1日現在） | | |
| 職　　種 |  | 職　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 職　　　　　　歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　※楷書で明確にご記入ください。

様式　３

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和３年　　月　　日

一般社団法人　大阪府病院協会

　会　長　　　佐々木　　洋　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病　院　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病　院　長　　　　　　　　　　　　㊞

**第４６回病院職員永年勤続者表彰候補者の推薦について**

　　　令和３年９月３０日付　大病協発第２６０９号にて通知の標記の件につきまして、

　　今年度は該当者がありません。