　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大病協発第２７２５号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和7年９月１日

各　会　員　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人　大阪府病院協会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会　長　　木　野　　昌　也

　　　(公　印　省　略)

**第50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４9回まで延べ

４,480病院、24,972名に表彰状を贈呈いたしました。

　　この度、第50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17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

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及び様式2（被推薦者がある場合）

　　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～49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。

　　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・看護職・介護職・薬剤師・医療技術者・栄養士・調理師・保育士・

　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（被推薦者が無い場合）

　　　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7年　　月　　日

一般社団法人　大阪府病院協会

　会　長　　　木　野　昌　也　殿

推　薦　者

　病院所在地

　病　院　名

　病　院　長　　　　　　　　　　　　㊞

**第50回病院職員永年勤続者表彰候補者の推薦について**

　　 令和7年9月1日付　大病協発第２７２５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 | ふ　り　が　な  氏　　　名 | 勤続年数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　 　　事務担当者（所属　　　　　　／氏名　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　ＴＥＬ（　　　　）　　　　　－

様式　１－２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 職　　名 | ふ　り　が　な  氏　　　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7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7年　　月　　日

一般社団法人　大阪府病院協会

　会　長　　　木　野　昌　也　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 病院所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　病　院　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　病　院　長　　　　　　　　　　　　㊞

**第50回病院職員永年勤続者表彰候補者の推薦について**

　　　 令和7年9月1日付　大病協発第２７２５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。