様式

秋田市社会福祉協議会

社会福祉事業功労者推せん書

推せん者職氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

ふりがな			
氏名 （団体名）	男・女		
生年月日 （設立年月日）	明・大・昭　　年　　月　　日		
住所		電話	
職業			
推せんに値する事項 ※別紙「表彰対象者の基準」で該当する番号を（　）にご記入下さい。	（　　）		
活動（介護）期間	年　　月～　　年　　月まで		
履歴	経歴 （主に社会福祉関係）	年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
		年　　月～　　年　　月	
	既任における表彰	表彰年	表彰名	内容

※ 規程第２条の地区社会福祉協議会役員とは、会長、副会長、理事、監事をいう。
　記載の際に（　年　月～　年　月理事）というように、詳しく書いてください。

※ 在宅介護の方は、履歴を記入する必要はありません。

※ 社会福祉事業在任年数の基準日は、８月１日として換算して下さい。