

(様式 9)

社会福祉功勞 () 推薦調書

推薦団体				表彰種別	知事・保健福祉部長	推薦順位	位
ふりがな 氏名	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)	職業			従事年数	年 月
住所	〒			本籍地	(都道府県名のみ)		
表 彰 歴				履 歴			
年月日	表彰種別	表彰理由(功勞名)	在職期間(従事年数)		主 な 経 歴		
			～ (年 月) ～ (年 月) ～ (年 月) ～ (年 月) ～ (年 月) ～ (年 月)				
功績内容							

※推薦する区分(社会福祉事業従事者、社会福祉事業団体役員、民生委員・児童委員、介護老人保健施設長、介護老人保健施設従事者)を明記してください。

※年齢は基準日(令和4年9月1日)現在の満年齢を記入してください。