【福岡様式２】

令和７年度　優秀勤労障害者　応募用紙

|  |  |
| --- | --- |
| (ふりがな)氏名 |  |
| (ふりがな)現住所 | 〒 |
| 生年月日 | 大正昭和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日平成 | 障害の種類及び等級 |  |
| (ふりがな)勤務先名 |  |
| (ふりがな)勤務先所在地 | 〒 |
| 職種 |  | 勤続年数(R7.6.1現在) | 　　　　　　　　年　　　　　　　月 |
| 担当者名(所属部署) |  | TEL |  |
| FAX |  |

[推薦理由]

|  |
| --- |
|  |

※提出された情報は、当該表彰に係る連絡業務等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。

※表彰された場合、新聞発表等で個人名及び勤務先事業所名を公表することと致しますので、あらかじめご了承願います。

2025年　　　月　　　日

事業所名

代表者役職名・氏名