

会員・共済課 FAX 531-1799

令和4年度 優良従業員表彰申込書

事業所No.	※貴社の事業所No.は封筒のラベルに記載している番号です。 お手数ですが、確認の上ご転記ください。			会員・一般 ※事務局使用欄	
事業所名					
所在地	〒				
TEL	()	—	FAX	()	—
代表者名			担当者名		
申込金納付 (ご入金予定日)	振込日 (月 日)		同伴者	有(人数 名)・無 ※同伴者は2名までとさせていただきます	

※氏名は表彰盾等に記載しますので楷書ではっきりとご記入ください。また、必ずふりがなをお振りください。

※誤記入が原因で生じた盾の再作成費用は、事業所様負担とさせていただきます。

氏 名		勤 続 年 数 (令和4年3月31日現在)	性 別	入 社 年 月 日
ふりがな		満 年	男・女	昭・平
氏 名				年 月 日 入社
ふりがな		満 年	男・女	昭・平
氏 名				年 月 日 入社
ふりがな		満 年	男・女	昭・平
氏 名				年 月 日 入社
ふりがな		満 年	男・女	昭・平
氏 名				年 月 日 入社
ふりがな		満 年	男・女	昭・平
氏 名				年 月 日 入社
		表彰を受ける方		計 名

※申込書の記入欄が不足する場合はコピーしてご使用ください。

勤続年数目安表(4月1日に入社された方の場合)

<年度:4月~3月>

入 社 年 度	平 成 29 ~ 25 年 度	平 成 24 ~ 20 年 度	平 成 19 ~ 15 年 度	平 成 14 ~ 10 年 度	平 成 9 ~ 5 年 度	平 成 4 ~ 年 度	昭 和 63 年 度	昭 和 62 ~ 58 年 度	昭 和 57 ~ 53 年 度	昭 和 52 ~ 年 度
勤続年数	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~	
勤続区分	5	10	15	20	25	30	35	40	45	