

功労賞被表彰候補推薦書

年 月 日

表彰候補者	(ふりがな) 氏 名・年 齢	現在の勤務先名	所属・役職名
	(才)	(労働者数 人)	
	THP推進業務年数	勤務先住所・電話番号・FAX ※1	
	合計 年	〒 電話 () — FAX () —	
	THP活動・研究概要(従事した期間、活動等を記入。THP推進協議会役員等としての活動・過去に所属した事業場における活動を含む。)※2		
	活動・研究年数	所属・役職	活動・研究内容
	年～ 年(年間)		
	年～ 年(年間)		
	年～ 年(年間)		
	年～ 年(年間)		
健康づくりに関する表彰経歴 ※2			
年度 (種類)	年度 (種類)		
年度 (種類)	年度 (種類)		
○印記入欄 * 推薦基準事項を満たしている項目に○を付けてください。			
(1)所属について			
	ア 中災防定款第5条に定める会員((社)都道府県労働基準協会連合会、全国労働衛生団体連合会等の会員)又は会員に加入する事業場等		
	イ 中災防定款第13条に定める賛助会員(中災防賛助会員)である事業場等		
	ウ 大学又は研究機関等		
(2)事績について			
	ア 事業場又は団体においてTHP推進業務又は事業に5年以上従事し、地域的又は全国的にその業績が極めて顕著で他の範とするに足りること。		
	イ 事業場又は団体においてTHP推進業務又は事業に10年以上従事し、その推進向上に顕著な貢献をした者。		
	ウ 大学又は研究機関等においてTHPに係る研究に従事し、その業績が学会等において広く認められている者。		
* その他の推薦理由についてご記入ください。 ※2			
推薦者 (THP推進協議会等名称)	代表者 印		
表彰関係担当者 所属役職・氏名			
所在地・電話番号・FAX	〒 電話 () — FAX () —		
表彰状の希望交付日 (いずれかに○)	()7月1日 ・ ()10月1日 ()協議会殿が希望する月日(平成 年 月 日)		

※1 個人で活動されている方等は自宅等の連絡先をご記入ください。
 ※2 書ききれない場合は別紙(様式自由)に記入してください。
 (注)ご記入いただきました個人情報(氏名、住所、電話番号、FAX番号)は、全国THP推進協議会が責任を持って保管し、本表彰事業の的確な実施(連絡、選考、表彰、被表彰者氏名の公表、表彰後の問い合わせ対応等)にのみ使用させていただきます。