令和　　年　　月　　日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会沖縄県支部長　殿

　　推薦者(事業所)：

　　 所在地・名　称：

　　 印

陸災防沖縄県支部長表彰候補者推薦書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．候補者住所  　　氏　　　名 | （〒　　　―　　　　）  現住所  ふりがな  氏名  昭和・平成　　　年　　月　　日（　　歳） | | | | | |
| ２．入社年月日 | 昭・平・令 　　 年　　月　　日 | ３．勤務年数 | | 年 　か月 | | |
| ４．役員年月日 | 昭・平・令　 　 年　　月　　日 | ５．役員年数 | | 年 　か月 | | |
| ６．職　　　名 |  | ７．推薦順位 | |  | | |
| ８．推薦理由  （該当する番号の右欄に○印を  つけて下さい。  ①から⑤のいずれかに該当すること。）  該当する方は記入して下さい。 | ①支部役員として10年以上の功績 | | | | |  |
| ②支部の運営、事業活動に貢献し功績があった事業役員 | | | | |  |
| ③事業役員として10年以上労働災害防止に著しく業績をあげた者 | | | | |  |
| ④事業従業員として10年以上作業事故がない者 | | | | |  |
| ⑤支部の事業活動に貢献し、顕著な功績があった事業所の従業員 | | | | |  |
| ※ﾌｫｰｸﾘﾌﾄ運転歴　　 (昭・平・令　 年 　月～ 昭・平・令　 年 　月) | | | | |  |
| ※安全衛生委員会委員(昭・平・令　 年 　月～ 昭・平・令　 年 　月) | | | | |  |
| ※総括安全衛生管理者(昭・平・令　 年 　月～ 昭・平・令　 年 　月) | | | | |  |
| ※安全衛生推進者等 (昭・平・令　 年 　月～ 昭・平・令　 年 　月) | | | | |  |
| ９．賞罰・勤務  成績・その  他参考事項 |  | | | | | |
| 10． | 昭・平・令　　　　年　　　　月取得 | | | | | |
| 11．作　　　業 | 自　昭・平・令　　　　　年　　月  至　令和　　年　　月まで　　 年　　か月間 | | 代表者  の証明 | | 印 | |

※従業員等はフォークリフトの運転歴が継続１０年以上ある者。

※上記「11」の欄は、職員・従業員関係者のみ記入して下さい。