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。