第１号様式

令和７年　　月　　日

福岡県医師会長　殿

申請者　　　　　　　　　　　印

　下記事由により表彰方申請いたします。

1. **私的医療機関**名称、所在地、氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 院長名 |  |

1. 被表彰候補者氏名、生年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 性別 | 　男　女 |
| 生年月日 | 昭・平　　　年　　　月　　　日 |
| 備　　考 |  |

　 ※被表彰候補者氏名について、旧字体や特殊な漢字の場合は、上記備考欄に

その旨を記載ください。

1. 資格の種類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 |

1. 当該医療機関就職年月日

|  |
| --- |
| 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |

５．勤続年月数

|  |
| --- |
| 年　　　　　ヶ月 |

６．勤続状況並びに特記すべき事項

７．所属郡市医師会長意見

　　　　　　　　　　　医師会長　　印