

永年勤続従業員表彰申込み用紙

FAX 052-834-3512 岩本行き

表彰者氏名	表彰年数	表彰状	記念品
	5年・10年・15年・20年 25年・30年・35年	要・不要	要・不要
	5年・10年・15年・20年 25年・30年・35年	要・不要	要・不要
	5年・10年・15年・20年 25年・30年・35年	要・不要	要・不要
	5年・10年・15年・20年 25年・30年・35年	要・不要	要・不要
	5年・10年・15年・20年 25年・30年・35年	要・不要	要・不要

※表彰年数は5年刻みです。該当の年数に○印をご記入ください。

※表彰状・記念品のうち希望される方に○をご記入ください。どちらも希望の場合は両方の欄に○をご記入ください。

★記念品（カタログギフト）の額面は以下の通りです。

★表彰状：1人につき500円

★送 料：1医療機関につき1,000円 ※記念品をお申し込みの場合は送料無料です

表彰年数	カタログギフト額面	会員負担金額
5年	5,000円	4,000円
10年	8,000円	6,500円
15年	10,000円	8,000円
20・25年	15,000円	12,000円
30・35年	20,000円	16,000円

会 員 名：

病医院名：

住 所：

電話番号： — —

担当者名：