

令和 8 年 1 月 21 日

会員各位

出水郡医師会

令和 8 年度看護業務功労者表彰候補者の推薦について

標記の件につきまして、鹿児島県くらし保健福祉部長より鹿児島県医師会を通じ推薦依頼がまいりました。

過去に鹿児島県医師会会長表彰を受賞された方から選定基準に該当する方が貴院にいらっしゃる場合は、別紙推薦書により 2 月 13 日(金)までに出水郡医師会事務室へご提出ください。

記

1. 提出先 出水郡医師会事務室 [FAX 62-6336]

E-mail info@izumigun-med.or.jp

ファックス送信可能ですが、未送・不達を防止するため、ファックス送信された場合は、必ず事務室までご連絡ください。

2. 提出期限 2 月 13 日(金)まで

3. 提出書類：看護業務功労者表彰推薦書（別紙様式）

作成にあたっては、別添「看護業務功労者表彰実施要領」及び「記入の際の留意点」を参考にご記入ください。

4. 選定基準：同一医療機関から 1 名までの推薦とすること

鹿児島県医師会会長表彰を受賞された方

* 平成 21 年度以降に受賞された方は、医師会で把握しておりますので、解らない時はご連絡ください。

5. その他：各都市から推薦頂いた方は県医師会役員会にて選定し、県へ 4 名推薦予定です。

参考資料

別添「看護業務功労者表彰実施要領」及び「記入の際の留意点」は、医師会ホームページ (<http://www.izumigun-med.or.jp/>) の会員専用ページにも掲載しております。

[ID : izumigun PW : 1818]

なお、医師会一斉メールにて Word 推薦書は送付いたしますので、ご参照ください。

FAX 送信元：出水郡医師会 TEL63-0646 FAX62-6336 E-mail : info@izumigun-med.or.jp

看護業務功労者表彰実施要領

(趣旨)

第1 知事は、多年にわたる看護業務に尽力し著しい功績のあったものを表彰する。

(表彰の時期)

第2 毎年度5月の「看護の日」及び「看護週間」において表彰する。

(候補者の推薦)

第3 候補者の推薦は、鹿児島県医師会会長、鹿児島県看護協会会长等が表彰基準に基づき看護業務功労者表彰推薦書（別紙様式）により行う。

(表彰者の決定)

第4 知事は、上記の候補者等の中から選考委員会の選考を経て被表彰者を決定する。

(表彰基準)

第5 多年にわたり看護業務に献身し、顕著な功績のあった者であり、かつ、現に看護業務に就業している者であって、次の各号に該当する者。

- (1) 鹿児島県内の施設において20年以上看護業務に就業している保健師、助産師、看護師、准看護師であること。
- (2) 毎年度4月1日現在の年齢が55歳以上であること。

(表彰の方法)

第6 表彰は、表彰状及び記念品を「看護の日」及び「看護週間」の表彰式において贈呈して行う。

付 則 この要領は平成4年2月13日から適用する。

この要領は平成14年3月1日から適用する。

この要領は平成15年4月22日から適用する。

この要領は令和6年1月4日から適用する。

<記入の際の留意点>

看護業務功労者表彰推薦書

				順位	
ふりがな			生年月日	大・昭 年 月 日	
氏名			及び年齢	令和8年4月1日現在の満年齢 (満 ↓ 歳)	
現住所			表彰式 当日の 連絡先		本籍地
推薦の 理由	<p>単に永年勤続であるということのみでなく、被推薦者の特筆すべき功績（※）を具体的かつ簡潔に記入してください。</p> <p>※特筆すべき功績とは、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過疎地域などの業務環境の厳しい地域においても看護業務に貢献している ・地域に根ざした活動や地域住民への看護サービスに取り組んでいる ・臨床実習・教育現場・職場研修等に積極的に取り組んでいるなど 				
勤務先名称	職種 役職名				
勤務先住所	電話番号 () -				
最終学歴	学校名	年次	年	卒業・中退	
資格	保健師免許取得年月日	登録番号	号	助産師免許取得年月日	登録番号
	看護師免許取得年月日	登録番号	号	准看護師免許取得年月日	登録番号
業 務 歴			賞罰の状況		功績内容
施設名	在職期間	在職年月数	職名		
県内施設	~	年 月		<p>これまでの表彰歴等 できるだけ詳しく 記入してください。</p>	
県外施設				<p>左記についての表彰功績や 団体等の役員歴、会議等の 委員歴について簡潔に内容 を記入してください。</p>	

別紙様式

看護業務功労者表彰推薦書

ふりがな				生年月日	大・昭 年 月 日	
氏名				及び年齢	(満 歳)	
現住所			表彰式 当日の 連絡先		本籍地	
推薦の 理由						
勤務先名称	職種 役職名					
勤務先住所	電話番号 () -					
最終学歴	学校名		年次	年	卒業・中退	
資格	保健師免許取得年月日	登録番号	号	助産師免許取得年月日	登録番号	号
	看護師免許取得年月日	登録番号	号	准看護師免許取得年月日	登録番号	号
業 務 歴				賞罰の状況		功績内容
施設名	在職期間	在職年月数	職名			
県内施設	~	年 月				
県外施設						