

神病協発第411号  
2024年11月12日

会 員 各 位

公益社団法人 神奈川県病院協会  
会 長 吉 田 勝 明  
委員長 窪 倉 孝 道  
(担当副会長)

2024年度 神奈川県病院協会事務長等表彰  
候補者の推薦について（依頼）

平素より当協会の事業にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当協会では病院の職責に尽力されている事務長等の方々の功績を讃えるため、平成10年度より標記表彰事業を開始し、毎年、表彰を実施しております。

貴病院において次の要件に該当する職員がおられましたら、別紙様式によりご推薦下さいますようお願い申し上げます。

なお、ご推薦に際しましては、本事業が『2024年度の表彰事業』であることを踏まえ、年度末（2025年3月31日）まで、同職に従事される方を対象としてご推薦下さいますようお願い申し上げます。

(問合せ先)

公益社団法人神奈川県病院協会

事務局担当：目黒

〒231-0037 横浜市中区富士見町3-1

TEL：045-242-7221

FAX：045-231-1794

◇ 推薦要件 ◇

1. 表彰対象者 (1) 事務長又はこれと同等の職にある者にあつては、神奈川県内の事務長等が通算 10 年以上で、特に功労のあつた者。

(2) その他、県病院協会、地区病院協会等への功績が顕著であつた者。

2. 被表彰者数 5 名程度

3. 表彰者 神奈川県病院協会 会長

4. 期 限 2024 年 12 月 13 日 (金)

5. 書 式 別紙様式 (様式 1・様式 2) による  
※様式 1 の推薦書には、会員名 (理事長又は病院長) をご記入のうえ、ご捺印ください。

6. 提出先 〒231-0037  
横浜市中区富士見町 3-1  
神奈川県病院協会  
担当：目黒  
電話：045-242-7221

7. 表彰式 2025 年 2 月 5 日 (水)  
(予定) 詳細は別途郵送でお知らせします。

記入上の注意

(様式1) 推薦書について

	年 月 日
公益社団法人 神奈川県病院協会	
会長 吉田勝明 殿	
施設名	_____
職名	施設の代表者の役職
会員名	理事長または病院長 印
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"><p>「理事長または病院長」とは、 <u>県病院協会の会員としてご登録をいただ いている先生のお名前をご記入ください</u></p></div>	
2024年度神奈川県病院協会事務長等表彰 推薦書	
次の者は、事務長（等）として多年にわたり業務に従事し、功績が顕著でありますので推薦します。	
記	
氏名	表彰対象者として推薦する者の氏名

(様式2) 功績調書について

1. 【主要経歴】欄について

昭和 61年4月～平成2年 3月	〇〇 病院 総務課長	(従事年数 4年)
平成 2年4月～ 8年12月	〇〇 病院 事務長	(従事年数 6年9ヶ月)
平成 10年1月～現在	△△ 病院 事務部長	(従事年数23年3ヶ月)

注：現在勤務する病院だけではなく、事務長（等）の職務に通算で10年以上、ただし県内の病院のみとする。

上記のように役職の従事年数が詳細に分かるように記入する。  
(〇〇年〇〇月まで記入する。)

また、病院での勤務において、どのようなことに尽力しているかを具体的に記入する。

2. 【功績の概要】欄は、

県病院協会で行事していただいている事業委員等の内容や、地区病院協会でご尽力されている委員会や事業内容等、【主要経歴】と同様に、従事年数を含め、内容を詳細にご記入ください。

3. 功績調書の枠外の連絡先には、下記のとおり、この調書の内容について、確認をいただける ご担当者様の所属先・役職名、氏名、連絡先を記入する。

(連絡先) 役職・氏名	調書内容について問合せ可能なご担当者様	電話
-------------	---------------------	----

(功績調書提出時点で実績数字が不明の場合は、おおよその数字でも結構です。  
可能な限り、ご記入ください)

(様式1)

年 月 日

公益社団法人 神奈川県病院協会  
会 長 吉 田 勝 明 殿

施設名 \_\_\_\_\_

職 名 \_\_\_\_\_

会員名 \_\_\_\_\_ 印

2024年度神奈川県病院協会事務長等表彰 推薦書

次の者は、事務長（等）として多年にわたり業務に従事し、功績が顕著でありますので推薦します。

記

氏 名 \_\_\_\_\_

(様式2)

## 功 績 調 書

年 月 日現在

ふりがな							性 別	男・女	
氏 名									
生年月日							年 齢		
施 設 名									
役 職									
許可病床数	一般	療養	精神	結核	感染	計			
医療機関での 従事年数	県 内                      年                      ヶ月								
事務長（等）として の従事年数	県 内                      年                      ヶ月								
主 要 経 歴  (病院の実績)									
功 績 の 概 要  (県病院協会／ 地区病院協会 の実績)									

(調書連絡先) 役職・氏名

電話