

応援職員派遣支援事業 施設意向調査票（障害分）

令和 年 月 日

法人等名称： _____

法人等所在地： _____

法人等代表者氏名： _____

事務担当者氏名： _____

連絡先： _____

1 職員派遣登録施設の概要 ※施設・事業所ごとに御記入ください。

施設等名称			
施設等所在地			
施設長等の氏名			
施設の電話番号・FAX 番号	TEL :		FAX :
施設のメールアドレス			
施設の床数			
職員数	職員数	名 (内介護職員数	名)
併設の施設名			
応援職員派遣可能人数※ 1	介護職員・生活支援員	名	看護職員
	栄養士	名	調理員
	その他	名	事務員
			合計
			名
応援可能日数※ 1	日又は 週間		
施設等保険加入の有無※ 2	有 (保険名)・無		

※ 1 実際に派遣を依頼する際には改めて確認を行いますので、現時点のもので構いません。

※ 2 施設等保険加入の有無は、契約している施設傷害保険等の名称を記入してください。

2 応援職員派遣支援事業等に対する意見・要望等（自由記載）

※ 登録施設・事業所が複数ある場合は、コピーして御記入ください。

※ FAX (083-924-2798) または、メール (fukusi@yg-you-i-net.or.jp) 宛に返送をお願いします。