第３号様式

令和　年　月　日

　社会福祉法　　人青森県社会福祉協議会会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　代表者名

応援職員決定のお知らせ

社会福祉施設等の応援職員派遣支援事業実施要領 第４.２.（５）.②.イに基づき、当法人より応援職員が下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

１　応援施設

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所在地 |  | | |
| 施設名 |  | 担当者 |  |
| 電話番号 | （　　　） | ＦＡＸ | （　　　） |
| メールアドレス | ＠ | | |

２　応援職員情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| クール目 | 月　　日（　）から　　月　　日（　）まで | | | | | 計　 名 |
| 応援職員① | 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 職種 |  |
| 経験  年数 | 年　　月 | 年齢 | 歳 | TEL | － － |
| 応援職員② | 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 職種 |  |
| 経験  年数 | 年　　月 | 年齢 | 歳 | TEL | － － |
| 応援職員③ | 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 職種 |  |
| 経験  年数 | 年　　月 | 年齢 | 歳 | TEL | － － |
| 応援職員④ | 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 職種 |  |
| 経験  年数 | 年　　月 | 年齢 | 歳 | TEL | － － |
| 応援職員⑤ | 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 職種 |  |
| 経験  年数 | 年　　月 | 年齢 | 歳 | TEL | － － |

※１．クールが複数に渡る場合は適宜追加してください。

※２．電話番号は、差し支えなければ個人の携帯電話番号を御記入ください。(派遣支援時に状況確認等のため、直接御連絡することが考えられます。個人情報については、適切に管理いたします。）