【様式１】（会員施設→地区老施協→愛媛県老施協）

愛媛県老人福祉施設協議会

感染症発生施設等への介護職員等派遣　登録者一覧

年 月 日

（　地　区　老　施　協　名　）会長 様

|  |
| --- |
| 施設名・代表者名 |
|  |
| 連絡先 |
|  |

登録者一覧

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **性別** | **年齢層** | | **職種** | **登録区分** |
| **1** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |
| **2** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |
| **3** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |
| **4** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |
| **5** |  |  |  | 代 |  | ☐新規／☐継続 |

※年齢層…20歳以上、29歳以下は「20代」というように10歳単位でご記入ください。

※欄が不足する場合は、欄を追加してください。