【様式３】（会員施設→地区老施協）

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　派遣可能者一覧

年 月 日

（　地　区　老　施　協　名　）会長 様

|  |
| --- |
| 施設名・代表者名 |
|  |

（感染症名）　　　　　　　　　　　の発生に伴う応援職員の

（施設名）　　　　　　　　　　　　 への派遣依頼について次のとおり回答します。

派遣可能者一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **職種** | **携帯電話番号** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

※本用紙での回答＝派遣決定ではありません。派遣者は、各会員施設からの回答（派遣可能者）

　に基づき、地区老施協において決定し、お知らせします。