【様式２】（地区老施協→会員施設）

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　派遣依頼書

年　　月　　日

感染症発生施設等への介護職員等派遣　登録者所属長 様

（感染症名）　　　　　　　　　　　の発生に伴う応援職員の

（施設名）　　　　　　　　　　　　 への派遣を依頼します。

（　地　区　老　施　協　名　）

会　長　　　　　　　　　 （会長印省略）

（１）派遣日程等

　　派遣希望日：　　　年　　　月　　　日（　）～　　　年　　　月　　　日（　）

（２）派遣先

|  |  |
| --- | --- |
| 施設所在市町： |  |
| 派遣先施設： |  |
|  | 所在地 |  |
|  | ＴＥＬ |  |
|  | ＦＡＸ |  |
|  | メール |  |
|  | 連絡担当者 |  |
| 要請人数： | （　　　　　）人 |
| 要請内容： |  |