【様式４】（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　派遣依頼書

年　　月　　日

愛媛県老人福祉施設協議会長 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（　）

（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 |

（３）応援職員 ※◎はリーダー、 ○はサブリーダー

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 職種 | 所属施設（法人） | 連絡先 |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |

※地区老施協からお知らせする応援職員を記載してください。

（４）活動予定施設の状況（地図等があれば添付のこと）

・入所者の状況

・ 職員の状況

・衛生用品、防護用品の状況

　・その他