新型コロナウイルス感染症に係る応援派遣 要請書

**≪送信先≫　熊本県身体障害児者施設協議会　宛て**

**E-Mail：** **shinshoukyo@kumashakyo.jp****ＦＡＸ：０９６－３５５－５４４０**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** | **ああああああああ** |
| **サービス種別** |  |
| **施設所在地** |  |
| **（ふりがな）****責任者名** |  |
| **施設電話番号** |  |
| **その他の緊急連絡先** |  |
| **従事場所／****職種・人数**＊職種欄は必要に応じて調整してください。 | **①感染者が発生した施設と同一法人内の別施設（発生施設と同一敷地外）** | **○○職　　　　人****○○職　　　　人** |
| **②感染者が発生した施設と同一法人内の別施設（発生施設と同一敷地内）** | **○○職　　　　人****○○職　　　　人** |
| **③感染者が発生した施設（検査で陰性が確認された者のみがいる場合に限る）** | **○○職　　　　人****○○職　　　　人** |
| **④感染が発生した施設（陽性者と陰性者をゾーニングで分けた後のクリーンゾーンでの支援に限る）** | **○○職　　　　人****○○職　　　　人** |
| **業務内容**＊それぞれの職種ごとにできるだけ詳しく記載してください。 |  |
| **勤務時間等**＊時間外勤務を生じない体制を組んでください。 | **時　　分から　　　時　　分まで（　　 時間／日）** |
| **＜日勤・夜勤、シフトの別、週休日など＞** |
| **派遣要請期間** | **令和　　年　　月　　日（　）から****令和　　年　　月　　日（　）まで** |
| **＜特記事項等＞** |
| **その他**＊宿泊施設の情報など、応援派遣に当たって有益と思われる情報を記載してください。 |  |

※ 応援職員を選考する際の基礎資料としますので、できるだけ詳しく記載してください。

※ 記載された内容は、派遣候補者及び派遣元施設と共有しますので御了承ください。

※ 派遣する応援職員が決定しましたら、名簿一覧を作成し、情報提供いたします。