**応援職員派遣支援事業　施設意向調査票（障害分）**

令和　　年　　月　　日

法人等名称：

法人等所在地：

法人等代表者氏名：

事務担当者氏名：

連　絡　先：

**１　職員派遣登録施設の概要**※施設・事業所ごとに御記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設等名称 |  | |
| 施設等所在地 |  | |
| 施設長等の氏名 |  | |
| 施設の電話番号・FAX番号 | TEL： | FAX： |
| 施設のメールアドレス |  | |
| 施設の床数 |  | |
| 職員数 | 職員数　　　　　名（内介護職員数　　　　名） | |
| 併設の施設名 |  | |
| 応援職員派遣可能人数※１ | 介護職員・生活支援員　　　　名　　看護職員　　　名 　　　　　　　　　栄 養 士　　　名　　調 理 員　　　名 　　 事 務 員　　　名 　　　　　　　　そ の 他　　　名 　 　　合　　計　　名 | |
| 応援可能日数※１ | 日又は　　　　週間 | |
| 施設等保険加入の有無※２ | 有（保険名　　　　　　　　　　　　）・無 | |

※１　実際に派遣を依頼する際には改めて確認を行いますので、現時点のもので構いません。

※２　施設等保険加入の有無は、契約している施設傷害保険等の名称を記入してください。

**２　応援職員派遣支援事業等に対する意見・要望等（自由記載）**

※　登録施設・事業所が複数ある場合は、コピーして御記入ください。

※　FAX（０８３－９２４－２７９８）または、メール（fukusi@yg-you-i-net.or.jp）宛

に返送をお願いします。