**高齢者・障害者施設への応援職員派遣支援事業**

**応援施設登録票**

事業趣旨・内容を承知の上、下記のとおり応援施設の登録をします。

**※登録施設が複数ある場合は、コピーしてご記入ください。**

法人等名称：

法人等所在地：

法人等代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

事務担当者氏名：

連絡先：

**１　登録する応援施設**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 施設のFAX番号 |  |
| 施設のメールアドレス |  |
| 施設の床数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　床 |
| 職員数 | 職員数　　　　名（内介護職員数　　　　名） |
| 併設の施設名 |  |
| 応援可能職員のおおよその人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 応援可能業務 |  |
| 派遣可能日数 | 日又は　　　　週間 |
| 施設等保険加入の有無 | 有（保険名　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 |

　　※施設等保険加入の有無の欄は、契約している施設傷害保険等の名称を記入ください。

**２　応援職員派遣支援事業に対する要望等（自由記載）**

|  |
| --- |
|  |