様式第１号

令和２年　月　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）

応援職員派遣依頼報告書

　福岡県社会福祉施設等応援職員派遣支援事業に係る事務取扱要領に基づき、応援職員の派遣について、下記のとおり依頼したので報告します。

記

１　要請元施設

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 |  | |
| 施設名 |  | （担当：　　　） |
| 電話番号 | （　　　　　） | |
| FAX番号 | （　　　　　） | |
| メール  アドレス |  | |

２　要請先施設

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 |  | |
| 法人名 |  | |
| 施設名 |  | （担当：　　　） |
| 電話番号 | （　　　　　） | |
| FAX番号 | （　　　　　） | |
| メール  アドレス |  | |

３　要請内容

|  |  |
| --- | --- |
| 人数 |  |
| 期間 | 月　日（　）　から　　月　日（　）　まで |
| 応援職員に望む業務、資格等 | 業務： |
| 資格： |
| 職員が不足する理由  ※該当する記号に○ | ア　新型コロナウイルス感染症と診断され、治療の間、出勤できない場合  イ　新型コロナウイルス感染症と同様の症状が見られる、又は濃厚接触者となったことから検査を受け、検査の結果が出るまでの間、出勤できない場合  ウ　新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者となったこと等により、保健所、医療機関又は使用者から自宅待機の命令を受け、その間出勤できない場合  エ　保育所、小学校、デイサービス等に通所、または介護老人施設等に入所している親族等が、新型コロナウイルスの影響により、通所または入所することができず、職員による監護が必要となり、その間出勤できない場合 |