

送信先FAX：024-572-3664

令和3年度応援職員派遣支援事業 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。

法人等名称：_____

法人等代表者氏名：_____ 印

法人等住所：_____

連絡先：_____

1 登録する応援施設 ※登録施設が複数ある場合は、コピーしてお使いください。

施設等種別	
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 (内ショート 床)
職員数	職員数 名 (内介護職員数 名)
併設の施設	有 ・ 無
施設等保険加入の有無	有 (保険名) ・ 無
公表の可否	可 ・ 否

※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。

※公表の方法は、福島県老施協HPに一覧表を掲載します。

2 応援職員派遣支援事業に対する要望等 (自由記載)

※登録締切 令和3年6月4日 (金)