別紙様式２（第5条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　 障第　 　　　号

令和　年　月　日

　社会福祉法人

島根県社会福祉協議会　会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　島根県健康福祉部障がい福祉課長

新型コロナウイルス感染症発生施設への職員派遣調整について

このことについて、下記のとおり派遣調整をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．派遣先施設情報 | 施設名 | | |
| 住　所 | | |
| 電話番号 | | |
| 担当者職・氏名 | | |
| ２．派遣内容 | 職種 | 人数 | 期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ３．留意事項等 |  | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記