別紙様式５（第９条関係）

令和　　年　　月　　日

　島根県健康福祉部障がい福祉課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（派遣元）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者職・氏名

新型コロナウイルス感染症発生施設における職員の派遣受入について（報告）

　このことについて、下記のとおり派遣が終了しましたので報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．派遣内容 | 派遣職員氏名 | 職　　種 | 期　　間 |
|  |  | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |
|  |  | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |
|  |  | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |
|  |  | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |
|  |  | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |