別紙様式４－１（第8条関係）　　　　　　　　　　　　　　　 障第　 　　　 号

令和　年　月　日

（派遣元）　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の派遣について

このことについて、下記のとおり派遣に協力頂きますよう、よろしくお願いします。

なお、派遣にあたっては、派遣先と派遣協定を締結していただきますようお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．派遣先施設 | 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【問い合わせ先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　島根県障がい福祉課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自立支援給付グループ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：0852-22-5723