別紙様式１（第4条関係）

**障害者支援施設等応援職員派遣依頼書**

|  |
| --- |
| １．派遣先 |
| 施設名 |  |
| 担当部署 |  | 担当者 |  |
| 電話番号 |  | e-mail |  |

|  |
| --- |
| ２．派遣希望理由 |
|  |

|  |
| --- |
| ３．希望事項 |
| 派遣日程 | 　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 派遣場所 | 種別：　　　　　　施設名：〒　　　－住所： |
| 希望人数 | 　　　名　　男性（　　名）、女性（　　名）※性別希望なしの場合空欄 |
| 経験職種・資格等 | （必要な経験職種や資格を記入してください。運転免許含む） |
| 業務内容 | （具体的な内容を記載してください） |
| 備考 |  |