別紙様式３（第7条関係）

令和　年　月　日

島根県健康福祉部障がい福祉課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人島根県社会福祉協議会会長

新型コロナウイルス感染症発生施設への職員派遣調整結果について

このことについて、下記のとおり派遣調整しましたので報告します。

記

　１．派遣調整結果

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣元施設、  担当者職・氏名 | 派遣職員名 | 職種 | 役職名 | 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 |
|  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  | 自　　年　　月　　日  至　　年　　月　　日 |

　　※「役職名」の欄には、主任等の役職名を記入。ただし、役職名がない場合は空欄とする。