

【別紙2】

_____ 県・市

派遣職員登録票

平成23年 月 日現在

施設種別		施設名			
都道府県		住所		TEL	
				FAX	
担当者（役職）					

	派遣可能期間	派遣可能な職員の職種	性別	備考
例	月 日 ~ 月 日 (日間)	介護職員	男 ・ 女	
1			男 ・ 女	
2			男 ・ 女	
3			男 ・ 女	
4			男 ・ 女	
5			男 ・ 女	

「派遣可能な職員の職種」欄には、介護職員の他、看護職員、相談員、OT、PT等派遣いただける職員の職種を記載してください。

5名を超えて登録いただける場合には、恐縮ですが本票をコピーしてご記入ください。

3月28日から4月中に派遣が可能な職員について、ご記入ください。