令和　年　月　日

愛媛県保健福祉部長　様

法人名

法人代表者名

応援職員派遣受入決定報告書

　次のとおり、新型コロナウイルス感染症に係る応援職員の派遣の受入れが決定しましたので、報告します。

○派遣の種別　　Ａタイプ（感染者発生施設への応援職員の派遣）

　　　　　　　　Ｂタイプ（感染者発生施設と連携した施設（Ａタイプ等）への応　援職員の派遣）

　　　　　　　　※上記どちらかを〇で囲んでください。

○派遣を受け入れる施設　　施設名

　　　　　　　　　　　　　所在地

○派遣を受け入れる期間　　令和　年　月　日　～　令和　年　月　日

○派遣受入れの内容　　別紙３のとおり

○派遣受入責任者　　職　　名

　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　E-mail

別紙３

○派遣受入が決定した応援職員

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣元法人名 | 派遣元施設名 | 派遣職員氏名 | 職種 | 派遣受入機関 |
|  |  |  |  | 年　月　日～年　月　日 |
|  |  |  |  | 年　月　日～年　月　日 |
|  |  |  |  | 年　月　日～年　月　日 |
|  |  |  |  | 年　月　日～年　月　日 |
|  |  |  |  | 年　月　日～年　月　日 |

○派遣元法人との契約内容　　別添出向契約書のとおり

○特記事項