

平成 年 月 日 現在

介護職員等応援可能者登録票

都道府県・市名 _____

施設種別	特養 ・ 老健 ・ 障害（児 ・ 者 ・ 宿泊型）		
施設名		住所	
担当者名		電話・FAX・E-mail	

送付時点で派遣者が特定出来る場合

	性別	年齢	応援可能期間（日間）	資格・職種	備考
例	男	45	27.4.1～6.30(91日間)	介護福祉士	
1					
2					
3					

送付時点で派遣者が特定出来ない場合

	性別	年齢	人数	応援可能期間（日間）	資格・職種	備考
例	—	—	2人	27.4.1～4.28(28日間)	介護福祉士	14日間で交代
1						
2						
3						

- ・ 資格・職種欄には、それぞれの施設の配置基準に規定されている職種をご記入ください。
- ・ マッチングの過程で、福島県社会福祉協議会の担当者から確認をさせていただきます。
- ・ 応援職員の受入れには、受入施設の状況(住居の確保等)によりご希望にお応えできない場合、また、マッチングに時間がかかることも考えられますので、あらかじめご了承ください。
- ・ 応援可能期間については、応援募集期間の終期にとらわれることなく記載ください。

受付日	
整理番号	

問合せ先
 福島県社会福祉協議会 福祉サービス支援課
 電話: 024-523-1256
 FAX: 024-524-3618
 E-mail: shisetsu@fukushimakenshakvo.or.jp