一般社団法人 岡山県老人保健施設協会

老人保健施設職員相互派遣事業＜支え合い＞システム

新型コロナウイルス感染症クラスター発生施設派遣職員研修会

派遣登録及び研修受講申込書

下記のとおり「老人保健施設職員相互派遣事業＜支え合い＞システム」における派遣職員として登録を希望し、

「新型コロナウイルス感染症クラスター発生施設派遣職員研修会」に申込みます。

令和　　　年　　　月　　　日

■　会員施設

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 施設名（※1） |  | 代表者名 |  |
| 施設所在地（※1） |  | TEL |  |
| FAX |  |
| email |  |
| 担当者氏名（※1） |  | 役職 |  | 携帯等TEL |  |

■　派遣登録職員

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別 | □　男　　・　　□　女 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 現在の職種（※2） |  | 携帯等TEL |  |
| email |  |
| 実務経験年数（※3） |  | 感染対策エキスパート養成研修修了 | 有　　　・　　　無 |
| 希望事由（※4） |  |

【注意事項】

・申込書類に記載された個人情報は、受講者の決定、受講者の名簿及び修了証書の作成などに使用するほか派遣業務の円滑な運営ならびに県に提出する受講修了者名簿を作成するために使用いたします。

※1　必ず受講者の所属する施設・事業所名とその住所をご記入ください。

なお、受講者とは別に連絡の取れる担当者をご記入下さい。

※2　介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載して下さい。

※3　「実務経験年数」は岡山県老健協会員施設においての実務経験年数とする。

※4　「希望事由」の欄には、受講を希望する特別な事情なども記入して下さい。