令和　　年　　月　　日

一般社団法人全国介護付きホーム協会　御中

災害時等派遣スタッフの派遣依頼書

介ホ協「災害時等人材派遣スキーム」に基づき、下記のとおり派遣スタッフの派遣を依頼します。

＊必須項目

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣依頼の事由\* | 1. 感染症 　　　②地震　　　　③豪雨・洪水

④その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 被災した日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 法人名\* |  |
| 事業所\*（介護付きホームのみ） |  |
| 連絡先担当者の所属\* | 1. 同上　　　　②（　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 応援無い場合の職員出勤率（見込）\* | （　　　　　　　　）％ |
| 担当者 | 役職\*及び氏名\* |  |  |
| 電話番号\* |  |
| eメールアドレス\* |  |
| 派遣を希望する人数\* |  |
| 派遣スタッフの居住地 |  |
| 派遣期間\* | ●年　●月　●日　～　●　年　●月　●日 |
| 勤務時間帯 |  |
| その他 |  |

＜重要事項＞　☑を入れてください。（一つでも空欄があるとご依頼いただけません）

該当する候補者がいる場合に、当該派遣会社から直接担当者に連絡が入ります。　　　　理解した　□

本依頼は、派遣スタッフが必ず派遣されることを保証するものではありません。　　　　理解した　□

料金は当該派遣会社と依頼事業者の協議により決定します。（協会は契約に関与しません）

理解した　□

自治体等による（無料）人材派遣等の事業とは異なります。　　　　　　　　　　　　　理解した　□

交通・宿泊費の補助（事後）の上限は１法人20万円が上限（同一年度）です。また「サービス提供体制確保事業」等の他の事業により補助・補填が受けられる場合は、請求できません。　　理解した　□

法人内で応援体制が組めない場合の依頼に限ります。　　　　　　 　　　　　　　　　 理解した　□

上記記載の「応援が無い場合の出勤率」によってはお受けできない場合があります。 　 理解した　□

以上

（送付先）メール：info@kaigotsuki-home.or.jp

Fax：03-6812-7115