公益社団法人 福岡県介護支援専門員協会 会長 柴口 里則 様

法人名称

法人代表者名

## 派遣職員候補者登録申請書

注:登録申請書は、登録する職員1人ごとに1枚作成すること。

次の表に掲げる職員を派遣職員の候補者として登録するよう申請します。

人が我に同じる城央と派遣城央が民間自己ので立場がある。				
申請者	法人名			
	法人の所在地			
	代表者名			
派遣職員 勤務施設	勤務施設の種別			
	勤務施設の名称			
	勤務施設の所在地			
派遣職員	氏名		フリガナ	
	住所(自宅)			
	性別	□男 □女	生年月日	
	職種		実務経験年数	約  年
	役職名			
	従事できる業務	□グリーンゾーンでの業務に限る □レッドゾーンでの業務も可		
	派遣可能な期間 (派遣後経過観察期 間除く)	( )週間程度 / ( )日間程度		
	派遣後の経過観察の 場所	□自宅 □ホテル等宿泊施設 □その他法人が認めた場所(職員住宅、職員の親類宅など) (場所: )		
	派遣に当たって特に 配慮してほしい事項			
Г		 法人担当者名		
		電話番号		
		FAX番号		

E-mail