（別記様式第５号）

（県）

　山形県知事　殿

（応援先施設）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

応援職員派遣申請書

下記のとおり、応援職員について派遣を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 応援職員の派遣を求める応援先施設の名称等 | | 派遣方法 | 直接支援　・　玉突き支援 |
| 感染発生施設名 |  |
| 派遣希望施設名 |  |
| 派遣希望施設の所在地 |  |
| 応援職員の派遣希望期間 | | |  |
| 応援職員の派遣希望人数等 | | | 希望人数： |
|  | 職種ごとの人数、行わせたい業務内容 | |  |
|  |
|  |
| その他必要な事項 | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 派遣希望日（曜日） | 派遣希望人数（昼間） | 備考 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

（注）１　欄が不足する場合は、適宜、追加してください。

２　依頼の際は、応援先施設の図面を添付してください。