令和　年　月　日

愛媛県保健福祉部長　様

法人名

法人代表者名

応援職員派遣協議書

　次のとおり、新型コロナウイルス感染症に係る応援職員の派遣を受けたいので、協議します。

○派遣の種別　　Ａタイプ（感染者発生施設への応援職員の派遣）

　　　　　　　　　　　　　　　　　⇒別紙１を記載の上、添付してください。

　　　　　　　　Ｂタイプ（感染者発生施設と連携した施設（Ａタイプ等）への応　援職員の派遣）

　　　　　　　　　　　　　　　　　⇒別紙２を記載の上、添付してください。

　　　　　　　　※上記どちらかを〇で囲んでください。

○派遣を希望する施設　　施設名

　　　　　　　　　　　　所在地

○派遣を希望する期間　　令和　年　月　日　～　令和　年　月　日

○希望する派遣内容　　別紙１または別紙２のとおり

○派遣受入責任者　　職　　名

　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　E-mail

別紙１　　希望する派遣内容（Ａタイプ）

○感染者発生状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 人数  （人） |  |  |  |
| 感染者 | 濃厚接触者（見込） | 非濃厚接触者（見込） |
| 入所者 | |  |  |  |  |
| 職員 | 介護職 |  |  |  |  |
| 支援員 |  |  |  |  |
| 看護職 |  |  |  |  |
| その他  （　　　） |  |  |  |  |

○１日の最低必要人員

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 早番 | 遅番 | 夜勤 | 計 |
| 職員 | 介護職 |  |  |  |  |
| 支援員 |  |  |  |  |
| 看護職 |  |  |  |  |
| その他  （　　　） |  |  |  |  |

○自法人内での応援体制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 | 所属  職員数 | うち応援可能職員数（人） | | | | |
| 介護職 | 支援員 | 看護職 | その他  （　） | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

○他法人から派遣を希望する職員数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 人数（人） | 左記の対応エリア | | 必要な資格 |
| 濃厚接触者 | 非濃厚接触者 |
| 職員 | 介護職 |  |  |  |  |
| 支援員 |  |  |  |  |
| 看護職 |  |  |  |  |
| その他  （　　　） |  |  |  |  |

○応援職員の勤務条件等について

　◆勤務時間・休暇　　別途、書面にて提示（既存様式で可）

　◆諸手当　※職種による違いがある場合は行を追加して下さい。

　　①危険手当（濃厚接触者対応業務）　　　　　　　　　円／日

　　②危険手当（非濃厚接触者対応業務）　　　　　　　　円／日

　　③夜勤手当　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円／日

　◆宿泊施設手配の有無

　　　有り　　宿泊施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　無し

　◆駐車場の有無

　　　有り　　　　　無し

○その他条件・希望内容等（自由記述）

別紙２　　希望する派遣内容（Ｂタイプ）

○感染者発生施設への応援状況

　◆感染者発生施設　　施設名

　　（応援派遣先）　　所在地

◆応援派遣状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣元施設名 | 応援派遣職員数 | | | |
| 介護職 | 支援員 | 看護職 | その他  （　） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

○派遣受入を希望する職員数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣受入希望施設名 | 介護士 | 支援員 | 看護師 | その他  （　） | 必要な資格 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

○応援職員の勤務条件等について

　◆勤務時間・休暇　　別途、書面にて提示（既存様式で可）

　◆夜勤手当　　　　　　　　円／日

　◆宿泊施設手配の有無

　　　有り　　宿泊施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　無し

　◆駐車場の有無　　　　有り　　　　　無し

○その他条件・希望内容等（自由記述）