

派遣職員登録票

施設種別	施設名	平成23年 月 日現在	
都道府県	住所	TEL	FAX
担当者（役職）			

	派遣可能期間	派遣可能な職員の職種	性別	備考
例	〇月〇日～〇月〇日（〇日間）	介護職員	男・女	
1			男・女	
2			男・女	
3			男・女	
4			男・女	
5			男・女	

※「派遣可能な職員の職種」欄には、介護職員その他、看護職員、相談員、OT、PT等派遣いただける職員の職種を記載してください。
 ※5名を超えて登録いただける場合には、恐縮ですが本票をコピーしてご記入ください。
 ※3月28日から4月中に派遣が可能な職員について、ご記入ください。