# 【様式１】

## 【送付先】静岡県老人保健施設協会事務局　宛て

|  |  |
| --- | --- |
| FAX | 053-485-61３０ |

##  Mail <shizuoka-kenroukyo@nishiyama.or.jp>

## 静岡県老人保健施設協会　会長 様

派遣職員候補者登録届出書

### 次の表に掲げる職員を派遣職員の候補者として届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先希望 | 〇で囲んでください図１　　図２　　どちらでも構わない |
| 届 出 者 | 施設名 |  | 法人名 |  |
| 施設の所在地 | 　〒 |
| 施設長名 |  |
| 候補者と して登録 する職員 | 氏 名 | フリガナ |
| 住 所 | 〒 |
| 性 別 | □男 □女 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日（ 歳） |
| 職種等 | 職 種 （ ）資 格 （ ）経験年数（ ） |

※２名以上の場合はコピーしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｍａｉｌアドレス |  |