【様式１】

　　静岡県社会福祉協議会会長　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届 出 者 | 施設名 |  | | | | | 法人名 |  | | | |
| 施設種別 | |  | | | | | | | | |
| 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（　　　　　　） | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  | 担当者名 |  | | | |
| ※２名以上の場合はコピーしてください。 | | | | |  | | 電話番号 |  | | | |
|  |  | |  |  | |  | ＦＡＸ番号 |  | | | |
|  |  | |  |  | |  | Mail  アドレス |  | | | |

【送付先】

静岡県社会福祉協議会経営支援課　FAX 　０５４－２５１－７５０８

　　　　　　　　　 Mail　　keiei5@shizuoka-wel.jp