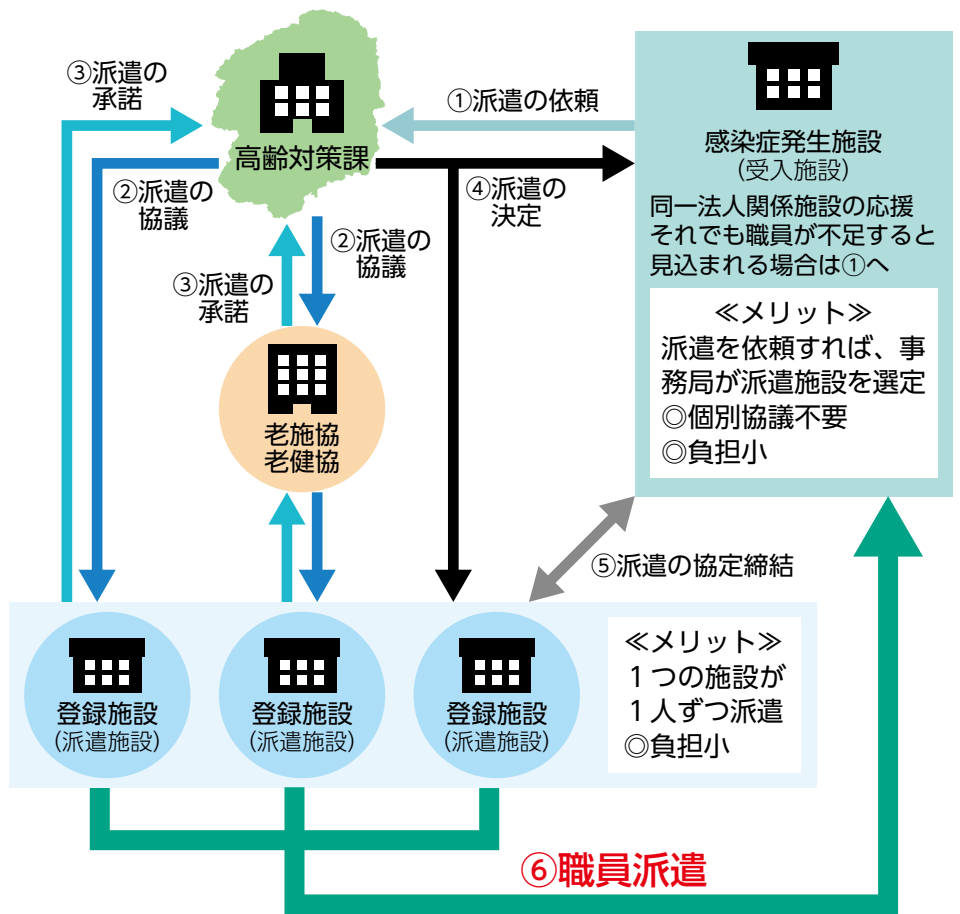


# 応援職員派遣事業

高齢者施設等において、新型コロナウイルス感染者又は濃厚接触者が発生した場合、職員の入院若しくは自宅療養による著しい人員不足が生じる可能性があります。他県では、高齢者施設内での大規模感染（クラスター）が発生した事例もあることから、本県でも県内高齢者施設等の協力のもと、緊急時に備えた応援体制の構築を図るため、登録施設を募集します。

## 事業の概要

- ご協力いただける施設・事業所から、職員1名を応援職員候補者名簿に登録していただきます。
- 職員の登録を行った施設・事業所で感染症の患者等が発生等した場合、事務局が名簿から応援職員を選定し派遣調整を行います。
- 受入施設、派遣施設で協定を結び必要な事項を取決め、応援職員派遣となります。
- 受入施設、派遣施設ともに発生したかかり増し費用は、県が助成します。（両施設における費用負担については、実施要綱、協定書で取り決めています。）



## 対象施設

基本的に栃木県内全施設・事業所が対象です。（詳細は実施要綱第2条(2)を参照）

候補者登録申請先(申請書は裏面へ)

施設・事業所の分類	登録申請先	申請方法
(一社)栃木県老人福祉施設協議会員の施設・事業所	(一社)栃木県老人福祉施設協議会	各団体のHPを確認
(一社)栃木県老人保健施設協議会員の施設・事業所	(一社)栃木県老人保健施設協会	
上記以外の施設	栃木県高齢対策課介護サービス班	FAXにて裏面様式2(登録申請書)を送付 FAX番号：028-623-3058



(事業の詳細は栃木県のHPをご覧ください。)

<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e03/welfare/kouresha/kaigohoken/ouensyokuin.html>

(様式2)

様

## 派遣職員候補者登録申請書

次の表に掲げる職員を派遣職員の候補者として登録するよう申請します。

申請者	法人名	
	法人の所在地	
	代表者名	
候補者として登録する職員	氏名	
	住所	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	
	職種	
	勤務施設名	
	勤務施設の所在地	

担当者名	
電話番号	
FAX番号	

- 注
- 1 協力団体の会員である施設は協力団体に、それ以外の施設は県に提出する。
  - 2 「性別」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
  - 3 候補者が当該施設に勤務していることを示す書類（シフト表など）を添付する。