第１号様式（第３条関係）

介護サービス相談員派遣依頼書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　藤　沢　市　長  事業所の所在地  　　　　　　　　　　　依頼者　事業所番号  　　　　　　　　　　　　　　　名称  　　　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名  　次のとおり介護サービス相談員の派遣を依頼します。 | | | | | | | | | | |
| 派遣希望日 | | □ 曜日指定（毎月第　　　曜日及び第　　　曜日）  □ 日指定（毎月　　　日及び　　　日）  □ 希望なし | | | | | | | | |
| 派遣希望理由 | |  | | | | | | | | |
| 上記の依頼について次のとおり決定してよいでしょうか。 | | | | | | | | | | |
| 課長 | 主幹 | | | 課長補佐 | 主査 | 担当 | 公印使用承認印 | | 起案 | ・ 　・ |
|  |  | | |  |  |  |  | | 決裁 | ・ 　・ |
| 施行 | ・ 　・ |
| 決定区分 | | | □ 派遣する　　　　□ 派遣しない | | | | | | | |
| 派遣する介護サービス相談員の氏名 | | |  | | | | |  | | |
| 派遣しない理由 | | |  | | | | | | | |
| 決定通知書(案) | | | 別紙「介護サービス相談員派遣等決定通知書」のとおり | | | | | | | |