

(様式 1)

記入例

令和〇年〇〇月〇〇日

埼玉県知事

【申請書送付先 : bcp5334@fukushi-saitama.or.jp】

【問い合わせ先 : 048-826-5334】

埼玉県福祉施設相互支援ネットワーク参加登録申請書

以下のとおり、参加登録を申請します。

施設の名称	長寿園
施設の種別	介護老人福祉施設（特養）
住所	〇〇〇市〇〇〇 1-2-3
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
県HP掲載登録施設一覧 における公表の可否 (施設名称, 施設種別, 住所, 電話 番号のみ)	可
FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇〇@saitama.lg.jp
緊急連絡先 ①	(携帯) ×××-××××-×××× (氏名) 埼玉太郎
緊急連絡先 ②	(携帯) ×××-××××-×××× (氏名) 埼玉次郎
緊急連絡先 (夜間)	(携帯) ×××-××××-×××× (氏名) 埼玉三郎
特記事項	※支援可能な範囲（派遣職員の数、提供可能な物資等）など、参加登録に当たって特記すべきことがあれば記入願います。 (1) 派遣可能な職員数 ・ 5名程度（介護福祉士） (2) 提供可能な物資等 ・ 非常用発電機（5.5kVA×2機） ・ 飲料水（3ℓ×20名×3日=180ℓ） ・ 保存食（3食×20名×3日=180食） ・ 毛布（1枚×20名=20枚） (3) その他 ・ 福祉避難所の指定を受けている ・ 介護が必要な高齢者の受け入れが可能 （受け入れ人数は要相談）
担当者名	埼玉太郎