（別記様式第８号）

（県）

　山形県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（感染発生施設等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

代替受入れ申請書

下記のとおり、代替受入れについて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代替受入れを希望する施設等の名称等 | | 感染発生施設 | 施設名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 代替受入れを希望する施設等 | 施設名等 |  | |
| 所在地 |  | |
| 代替受入れ希望期間 | | | |  | |
| 代替受入れを希望する利用者の情報 | | | | 希望人数： | |
|  | 氏名、住所、希望するサービス種別 | | |  | |
|  |
|  |
| その他必要な事項 | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 受入れ希望日（曜日） | 受入れ希望人数（昼間） | サービス種別 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

（注）１　欄が不足する場合は、適宜、追加してください。

２　依頼の際は、代替受入れを希望する施設等の図面を添付してください。