（別記様式第９号）

　　第　　　　号

令和　年　月　日

（応援元施設（依頼）、感染発生施設等（通知））

法 人 名

　代表者名　　　　　　　　　　　　殿

山形県知事　吉村　美栄子

代替受入れ（依頼・通知）書

下記のとおり、代替受入れについて（依頼します・通知します）。

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 |  | |
| 代替受入れを行う応援元施設等の名称等 | | | 法人名 |  | |
| 施設名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 代替受入れ期間 | | | |  | |
| 代替受入れを行う利用者の情報 | | | | 受入れ人数： | |
|  | 氏名、住所、サービス種別等 | | |  |
|  |
|  |
| その他必要な事項 | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 受入れ日（曜日） | 受入れ人数 | 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 |  |