

申 出 書

令和 年 月 日

宮崎県災害福祉支援ネットワーク協議会（事務局） 宛て

氏名： _____

※□に✓を入れてください。

1.被雇用者（施設等にお勤めの場合）

（1）施設長（雇用主）に対し、派遣について了承がとれている。

チェック欄	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

2.報酬等についての確認事項

個人事業主(代表等) _____

被雇用者	業務（出張等）として派遣	_____
	有給休暇を取得するなど 個人として参加	_____

日当 (事務局からの支給)	障害保険
有	県
無	勤務先の労災 (勤務先の労災で対応 不可の場合は要相談)
有	県
無	県