

様式2

岬町産前産後ヘルパー派遣事業実施計画書

事業所名 ()

対応サービス	岬町産前産後ヘルパー派遣事業 <input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援
サービス提供地域	<input type="checkbox"/> 岬町全域
サービス提供可能時間	午前 () 時 から 午後 () 時まで
サービス提供可能曜日	<input type="checkbox"/> 平日 (月から金) <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日
休業日	<input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 年末年始
実施担当者 部門別職員数	<input type="checkbox"/> 家事支援 () 人 <input type="checkbox"/> 育児支援 () 人

*該当する箇所にチェックし、必要事項をご記入ください。