

第8号様式

中野区失語症者向け意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

中野区長あて

下記のとおり失語症者向け意思疎通支援者の派遣を申請します。

申請 団体名	フリガナ 氏 名				
申請者	フリガナ 氏 名		電話番号		
			メー ル		
該当するものに○を付けてください。 団体代表者・団体員・言語聴覚士・ボランティア・ その他( )					
当日の 緊急連絡先	フリガナ 氏 名		電話番号 メー ル		
意思疎通 支援の 概要	用 件				
	日 付	年 月 日( )			
		待ち合わせ時刻	時	分	
		終了時刻	時	分	
	集合場所				
	内 容	※該当するものに○を記入してください。 個別支援・グループ支援・その他			
		支援の 具体的な 内容			
必要な持ち物・服装指定					
派遣希望 人数	人	※内容や時間により、ご要望に沿えない場合がございますので、予めご了承ください。 ※失語症者の人数に1を加えた人数が上限です。			
その他 ご要望や連絡 事項がありま したらご記入 ください。					