第８号様式

【団体用】 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 |  | | | | | | | |
| 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（　　　） | | | | | |
| 集合時刻 | | | 時　　　　分 | | |
| 終了時刻 | | | 時　　　　分 | | |
| 集合場所 | 名称 | | |  | | |
| 住所 | | |  | | |
| 行き先 | 名称 | | |  | | |
| 住所 | | |  | | |
| 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。 |  | | | | | | |