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。 |  |