

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。				