第８号様式

新宿区失語症者向け意思疎通支援者派遣申請書

　　　年　　　月　　　日

新宿区長あて

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 | ふりがな |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  | メール |  |
| 当日の緊急連絡先 | ふりがな |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  | 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 |  |
| 派遣希望人数 | 　　　人 | 派遣調整する言語聴覚士名 |  |
| 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。 |  |

※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。

※派遣人数は新宿区在住の失語症者人数が上限です。