

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。