様式第６（第５条関係）

失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録申請書（個人用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

 一般社団法人

千葉県言語聴覚士会会長　　殿

申請者

　私は、失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者として登録したいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日生 |
| 住　　　　　所 | 〒　　　－ |
| 電　話　番　号 | （　　　　　）　　　　　　－ |
| 携帯電話番号 | （　　　　　）　　　　　　－ |
| メールアドレス | ＠ |
| 障害者手帳等級※ |  |
| 言語症状、移動手段、コミュニケーション方法についての言語聴覚士等の所見 | （記載者名：　　　　　　　　　　　所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※障害者手帳とは身体障害者手帳・精神保健福祉手帳のことで、持っていない場合は、記載不要。