様式第９号（第６条関係）

失語症者向け意思疎通支援者派遣申請書（個人用）

（記入日）　　　年　　月　　日

　一般社団法人

千葉県言語聴覚士会会長　殿

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（代理申請の場合、必ず申請者に確認の上、記載してください）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （本人） | フリガナ  氏　　名 |  | 電話番号  メール |  |
|  |  |
| 申請  代理人 | 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。  家族 ・ 言語聴覚士 ・ ボランティア ・ 介護支援専門員  その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| 当日の  緊急連絡先  （家族等） | フリガナ  氏　　名 |  | 電話番号  メール |  |
|  |  |
| 意思疎通支援の  概要 | 日　時 | 年　　月　　日（　　） | | 時　　分から |
| 時　　分まで |
| 待ち合わせ時刻 | 時　　　分 | |
| 場　所 | 待ち合わせ場所 |  | |
| 目的地 |  | |
| 用　件  内　容 | ※該当するものに○を付けてください  買い物・通院・趣味活動・集まりや活動への参加・その他（　　　　） | | |
| 移動手段  ※該当に○を記入 | | 自立歩行　・　杖を使う　・　車椅子使用 | | |
| その他、ご要望など  （自由記述） | |  | | |