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（団体用）

（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。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請団体名 | フリガナ氏　名　 |  |
|  |
| 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。本人 ・ 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 | 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（　　） |
| 待ち合わせ時刻 | 　　　　　時　　　分 |
| 終了時刻 | 　　　　　時　　　分 |
| 集合場所 |  |
| 内　容 | ※該当するものに○を記入してください。個別支援　・　グループ支援　・　その他 |
| 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。 |
| 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。 |  |