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。 |  | | | | | | |