

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業

③ 派遣依頼書

福岡県言語聴覚士会 会長 殿

次の通り、派遣を依頼します

(代理/協力申請者は、本人に記載内容の確認・承諾を必ず得て下さい)

記入日 20 年 月 日

1.利用申請者 (本人)	フリガナ			☐ 男 ☐ 女	年齢		歳
	氏名			☐ 回答しない			
				利用者登録番号	—		
				居住地	—		
※連絡先は 利用者登録時と 同じであれば 記入不要	※連絡先			電話	携帯		
	住所			FAX	自宅		
	電話など			メール			
				アドレス			
2.代理申請者 /申請協力者	フリガナ			電話			
	氏名			メール			
				ご関係			
				ご所属			
3.派遣要件 の概要	☐ 1 家族	☐ 2 言語聴覚士	☐ 5 その他()				
	☐ 3 介護支援専門員						
	☐ 4 ボランティア						
	日付		年		月		日
	曜日						
	1) 希望日時	待ち合わせ ~終了時刻		~			
	日時の変更						
	第2希望	日にち			時間		
	第3希望	日にち			時間		
	2) 支援場所	待ち合わせ 場所					
	目的地						
	最寄り駅 バス停						
3)目的							
4) 分類	☐ 1 失語症者の集まり () ☐ 2 会議 ☐ 3 受診 ☐ 4 役所などでの手続き ☐ 5 交通機関の利用 ☐ 6 買い物 ☐ 7 娯楽 ☐ 8 その他 (上記に該当するものがない)						
4. 備考 ※コーディネーター 記入欄	派遣受付番号	20	年度—	号			

氏名・住所などの個人情報は本事業の目的外には使用しません。