

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 22 年 11 月 4 日

1.利用申請者 (本人) ※連絡先は 利用者登録時と 同じであれば 記入不要	フリガナ	フクオカ エイコ		☐ 男 ☒ 女	年齢	50	歳					
	氏名	福岡 栄子		☐ 回答しない	利用者登録番号	—						
		〒	841	—	0011	居住地	—					
	※連絡先	福岡市東区香椎 1 - 1 - 1			電話	携帯	090-1234-5678					
	住所 電話など				自宅	092-123-456						
	FAX											
	メール アドレス											
2.代理申請者 /申請協力者	フリガナ	フクオカ タロウ		電話	090-4567-8901							
	氏名	福岡 太郎		メール アドレス								
	☒ 1 家族 	☐ 2 言語聴覚士		☐ 5 その他()								
	ご関係	夫		☐ 3 介護支援専門員	ご所属							
		☐ 4 ボランティア										
3. 派遣用件 の概要	1) 希望 日時	日付	2022		年	11	月	29	日	火	曜日	
		待ち合わせ ～終了時刻	午前	9時00分			～	午後	12時30分			
		日時の変更	上記日時のみ(変更は難しい)									
		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	自宅前 (自宅からタクシーで異動予定)									
		目的地	さくら皮膚科 (福岡市早良区小田部 1 - 1 - 1)									
		最寄り駅 バス停										
	3)目的	右足、巻き爪の治療のため皮膚科を受診したい										
	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。