年　　　　月　　　　日

失語症者向け意思疎通支援者派遣申請書

練　馬　区　長　殿

団体名

代表者氏名

住所

失語症者向け意思疎通支援者の派遣について、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | | 電　話 |  | |
| メール |  | |
| 日にち | 年　　　月　　　日　（　　） | | | | |
| 時間 | 午前  午後 | 時　　分から | | 午前  午後 | 時　　分まで |
| 活動場所 |  | | | | |
| 活動内容 |  | | | | |
| 失語症者の数 | 名 | | | | |
| 失語症者向け  意思疎通支援者の数 | 名 | | | | |
| 希望する失語症者  向け意思疎通支援者  （氏名） | １ | | | | |
| ２ | | | | |
| ３ | | | | |
| ４ | | | | |
| ５ | | | | |
| 備考（配慮事項など） |  | | | | |