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） |  |