

様式第9号

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業

派遣依頼書

年 月 日

北海道言語聴覚士会 様

次のとおり失語症者向け意思疎通支援者の派遣を依頼します。

派遣を希望する日時	
年 月 日 (曜日)	時 分から 時 分まで
派遣をしてほしい場所 (目的地)	
待ち合わせ場所 (具体的に)	
どのような目的で派遣をしてほしいのか	
概要 友の会・サロン参加 通院 買い物 手続き等 趣味活動 その他	
意思疎通支援の際に注意してほしいこと	
団体の場合のみ記入をお願いします	
* 派遣希望人数	
* 支援内容 個人支援・グループ支援・その他	
受託団体 記入欄	

利用登録番号

利用者 住所

(団体) 氏名

代理人 氏名

家族・ST・ケアマネ・その他 ( )

E-mail:

電話番号