

失語症者向け意思疎通支援者派遣事業

② 利用者登録通知書

福岡県言語聴覚士会 会長

| | |
|-----|-------------|
| 決定日 | 2022年 8月 2日 |
|-----|-------------|

| | | | | |
|-----------|-------|---|-------------|-----------|
| 申請者 氏名 | 福岡 栄子 | 様 | 利用者登録 受付 | 2022 年度 2 |
|-----------|-------|---|-------------|-----------|

次の通り 1) 利用者登録を認めます

| | |
|-----------------|-----------|
| 利用者登録番号 _居住地 | 008 / 福岡市 |
|-----------------|-----------|

申請に基づき別紙の通り登録しましたので、ご確認の上、保管をお願いします

2) 利用者登録は認められません

理由

| |
|--|
| |
|--|

以上

- 1 「派遣依頼書」をご準備下さい（用紙は必要数をコピーしてご利用下さい）

< 派遣依頼書を取り寄せる方法 >

今回、派遣依頼書は同封しております。

- 2 「派遣依頼書」に必要事項をご記入下さい（記入例参照）

手書きでの記入のほか、エクセルファイル入力の提出も受け付けます。

- 3 派遣希望日の**原則3週間前までに届くように**お申込み下さい。

申込先：

(1) <E-Mail> st_fukuoka_kaiin@yahoo.co.jp

(2) <郵送> 811-3195 福岡県古賀市千鳥1-1-1

福岡東医療センター リハビリテーション科内 担当：景山

(3) <FAX> 092-942-2705

- 4 「派遣依頼書」が届きましたら、支援コーディネーターよりご連絡します。

※申込書提出後、**1週間以内に連絡が無い場合**は、

下記にお問い合わせ下さい。

福岡県言語聴覚士会

☎ 080-8376-0847（留守番電話のため折り返し連絡します）

- 5 支援コーディネーターによる調整後、派遣可否と予定のご連絡を差し上げます。

※依頼内容や日程などによっては、派遣が難しい場合があることを

ご理解、ご了承下さい。