

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・承諾を必ず得てください)

記入日 20 年 月 日

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|-------------|----|----|--|---|--|----|--|
| 1.利用申請者 (本人) | フリガナ | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 | | 歳 | | | | | |
| | 氏名 | | <input type="checkbox"/> 回答しない | 利用者登録番号 | | | | | | | |
| | | | | 居住地 | | - | | | | | |
| ※連絡先は 利用者登録時と 同じであれば 記入不要 | ※連絡先 | | | 電話 | 携帯 | | | | | | |
| | 住所 | | | 自宅 | | | | | | | |
| | 電話など | | | FAX | | | | | | | |
| | | | | メール アドレス | | | | | | | |
| 2.代理申請者 /申請協力者 | フリガナ | | | 電話 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | メール アドレス | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 家族 <input type="checkbox"/> 2 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 5 その他() | | | | | | | | | | |
| | ご関係 | | <input type="checkbox"/> 3 介護支援専門員 | ご所属 | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 4 ボランティア | | | | | | | | |
| 3. 派遣要件 の概要 | 1) 希望日時 | 日付 | | 年 | | 月 | | 日 | | 曜日 | |
| | | 待ち合わせ ~終了時刻 | | | | ~ | | | | | |
| | | 日時の変更 | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | |
| | | 目的地 | | | | | | | | | |
| | | 最寄り駅 バス停 | | | | | | | | | |
| | 3)目的 | | | | | | | | | | |
| | 4) 分類 | <input type="checkbox"/> 1 失語症者の集まり () <input type="checkbox"/> 2 会議 <input type="checkbox"/> 3 受診 <input type="checkbox"/> 4 役所などでの手続き <input type="checkbox"/> 5 交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 6 買い物 <input type="checkbox"/> 7 娯楽 <input type="checkbox"/> 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。