

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 22 年 11 月 4 日

1.利用申請者 (本人) ※連絡先は 利用者登録時と 同じであれば 記入不要	フリガナ	フクオカ エイコ			<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	50	歳			
	氏名	福岡 栄子			<input type="checkbox"/> 回答しない	利用者登録番号	-				
	〒	841	-	0011	居住地	-					
※連絡先	住所 電話など	福岡市東区香椎 1 - 1 - 1			電話	携帯	090-1234-5678				
						自宅	092-123-456				
					FAX						
					メール アドレス						
2.代理申請者 /申請協力者	フリガナ	フクオカ タロウ			電話	090-4567-8901					
	氏名	福岡 太郎			メール アドレス						
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 家族	<input type="checkbox"/> 2 言語聴覚士			<input type="checkbox"/> 5 その他()						
ご関係	夫	<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	2022	年	11	月	29	日	火	曜日	
		待ち合わせ ~終了時刻	午前	9時00分			~	午後	12時30分		
		日時の変更	上記日時のみ(変更は難しい)								
		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	自宅前 (自宅からタクシーで異動予定)								
		目的地	さわら皮膚科 (福岡市早良区小田部 1 - 1 - 1)								
	最寄り駅 バス停										
3)目的	右足、巻き爪の治療のため皮膚科を受診したい										
4) 分類	<input type="checkbox"/> 1 失語症者の集まり () <input type="checkbox"/> 2 会議 <input checked="" 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。