（様式３）

　　　年　　　月　　　日

**失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書**

**（宛先）**

**名　古　屋　市　長**

**住所**

**申請者**

**氏名**

**次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **派　遣　内　容** | **依頼日時** | **年　　　月　　　日（　　）****時　　　　分　～　　　　時　　　　　分** |
| **場　所** |  |
| **待ち合わせ場所・時刻** |  |
| **支援内容** |  |
| **どちらかに○をつけてください。****・希望する意思疎通支援者は　　　　　　　　　　　　　です。****・意思疎通支援者を探してください。** |

**（連絡先）**