（様式３）

年　　月　　日

失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼書

一般社団法人
愛知県言語聴覚士会　会長様

住所
申請者　氏名
TEL･FAX
E-mail

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
	派遣場所	
	待ち合わせ 場所・時刻	場所：□派遣場所と同じ 時刻：　時　分
	解散 場所・時刻	場所：□派遣場所と同じ 時刻：　時　分
	支援内容	
派遣 対象者	氏名	□申請者と同じ
	住所	□申請者と同じ
	連絡先	連絡が一番とりやすい方法に○をつけてください。 TEL、SMS： FAX： E-mail：

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。