

青森市失語症者向け意思疎通支援者派遣申請書

一般社団法人青森県言語聴覚士会 会長 殿
次のとおり、青森市失語症者向け意思疎通支援者の派遣を申請します。

記入日
令和〇年10月1日

記入日

フリガナ	アオモリ マツコ	登録番号
氏名	青森 松子	
住所	〒	
電話番号	090-〇〇〇〇-△△△△	

利用申請を希望されるか
たの氏名（フリガナ）、
住所などをご記入くださ
い。

当日の 緊急連絡先	フリガナ アオモリ イチロウ	電話番号 090-〇〇〇〇-△△△△
	氏名 青森 一郎	メールアドレス ichi□□□ @ △△△.co.jp

ご利用当日の緊急連絡先
をご記入ください。

支 援 内 容 の 概 要	具 体 的 な 支 援 内 容	
	日 時	日付 令和〇年10月25日 金曜日 時間 ☒ 午前 11 時 30 分 ~ ☐ 午前 14 時 00 分 ☐ 午後
	場 所	待ち合わせ 〇〇公民館（〇〇会議室） 目的地 同上

必要な支援方法について
具体的にご記入ください。

健康上の留意点 （自由記述）	・ 右下肢軽度麻痺により、立ち上がりの際に補助が必要。
その他、ご要望など （自由記述）	特になし

利用時に、知っておいて
欲しい注意点や、ご要望
があればご記入ください。