

年 月 日

様

〒780-0928

高知県高知市廿代町2番22号

(近森リハビリテーション病院 言語療法科内)

一般社団法人 高知県言語聴覚士会

TEL 0887-38-5566

FAX 0887-38-5564

E-mail: (準備中)

※受付可能時間: 平日9:00~17:00

担当

失語症者向け意思疎通支援者派遣依頼通知書

下記のとおり、失語症者向け意思疎通支援者の派遣依頼がありましたので、お知らせします。

申込年月日	年 月 日 ()		
住 所			
氏 名		連絡先	
派遣が必要な日 時	年 月 日 () (AM ・ PM : ~ AM ・ PM :) (時間をはっきり書いて下さい)		
支援場所		待ち合わせ場所 時間	
内 容		支援者名	
備 考			受付

一般社団法人 高知県言語聴覚士会 行

上記の失語症者向け意思疎通支援者派遣について承諾します。

市町村名:

担当者:

所属名:

E-mail:

TEL:

FAX: