

年 月 日

江東区長 殿

江東区失語症者向け意思疎通支援者派遣利用団体登録申請書

江東区失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用団体として登録を申請します。

申請団体	フリガナ				
		団体名			
	住所	〒	—		
		電話番号		F A X	
	メールアドレス				
	代表者	フリガナ			
氏名					
電話番号			F A X		
定例会	名称	フリガナ			
	開催日時	曜日 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 不定期			
		時間	時	分	～ 時 分
	開催場所	〒	—		
会員数	名	内訳	失語症者 名	スタッフ 名	その他 名
緊急連絡先	氏名			団体との関係	
	電話番号		F A X		
	メールアドレス				
特記事項					

※派遣事業の実施に伴い、本登録情報は、区、協力言語聴覚士及び意思疎通支援者が共有いたします。