年 月 日

江東区長 殿

江東区失語症者向け意思疎通支援者登録申請書

江東区失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の意思疎通支援者として登録を申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日				
氏名								
住所	〒 ー							
電話番号				F A X				
メールアドレス								
支援可能日時	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日 <small>(年末年始を含む)</small>
研修受講歴	☐ 東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会（受講年度： 年度） その他（ ）							
緊急連絡先	〒 ー							
	氏名		続柄		電話番号			
					F A X			
面談可能日時	(曜日) 日・月・火・水・木・金・土			(時間帯)		時頃		
備考								

添付書類	☐ 東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会修了証（写し） ☐ その他（ ）
------	--

江東区失語症者向け意思疎通支援者派遣事業への登録に当たり、区及び協力言語聴覚士が本事業に係る各種情報を共有することに同意します。

申請者氏名 _____