様式第１号(第４条関係)

年　　月　　日

中央市失語症者向け意思疎通支援者派遣事業利用登録申請書

　中央市福祉事務所長　　様

　中央市失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用のため、中央市失語症者向け意思疎通支援者派遣事業実施要綱第４条第１項の規定により、次のとおり登録を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住 所 等 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 代理人連絡先住 所 等 | 〒 |
| 氏　　名 |  | 続　　柄 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 緊急連絡先住 所 等 | 〒 |
| 氏　　名 |  | 続　　柄 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 障害者手帳 | 障害名 | 障害者等級表による級別 |
| 特記事項 |  |

※登録申請に関する情報は、一般社団法人山梨県言語聴覚士会と共有いたします。