

様式第6号（第6条関係）

福島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録申請書（個人用）

年 月 日

福島県知事

氏名 _____

福島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者として登録したいので、下記のとおり申請します。

記

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	〒 —
電話番号	() —
メールアドレス	
障害者手帳の等級	
備考	

様式第6号（第6条関係）

福島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用登録申請書（団体用）

年 月 日

福島県知事

氏名 _____

福島県失語症者向け意思疎通支援者派遣利用者として登録したいので、下記のとおり申請します。

記

団 体 名	
団体代表者氏名	
代表者住所	〒 ー
電 話 番 号	() ー
メールアドレス	
団体の目的	
意思疎通支援者派遣 を必要とする理由	
備 考	