

記入例

失語症友の会等団体向け登録申請書

神戸市長様

記入日

神戸市失語症者向け意思疎通支援者派遣事業の利用のため、次の通り登録を申請します。

申請団体	フリガナ	シツゴショウシャノカイ ○○○カイ			
	団体名	NPO法人 失語症者の会 ○○○会			
	住所	〒	123	- 4567	
		神戸市 中央区 ○○通り ○丁目○番○号			
	電話番号	078-×××-○○○○	FAX	078-△△△-○○○○	
	代表者	フリガナ	コウベ タロウ		
氏名		神戸 太郎			
電話番号		090-△△△-□□□□	FAX	078-○○○-××××	
関係		<input checked="" type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他			
定例会	名称	フリガナ	オハナシカイ		
	開催日時	おはなし会			
		曜日	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		
	時間	10 時 00 分 ~ 15 時 00 分			
	開催場所	〒	-		
会員数	10 名	内 失語症者 10 名	スタッフ 5 名	その他 名	
緊急連絡先	氏名	神戸 花子		団体との関係	代表者の妻
	電話番号	090-△△△-□□□□	FAX	-	
特記事項	車いすの利用者、杖歩行の利用者有り				

申請する団体の名称、ご住所、連絡先代表者の氏名、連絡先などをご記入ください

定例会の開催日時、場所、会員数などについてご記入ください

緊急連絡先のお名前、お電話番号などをご記入ください

言語症状や健康面など注意点があれば