第１号様式（第５条関係）

　　　　年　　月　　日

多摩市長　　　　　殿

団　体　名

代表者住所

代表者氏名

電　　　話

多摩市失語症会話パートナー派遣申請書多摩市住宅アドバイザー派遣申請書

　　多摩市失語症会話パートナー派遣事業運営要綱第５条の規定により、失語症会話パートナーの派遣を次のとおり申請します。

記

　１　派遣を希望する日時

　　　　　　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分　　から

　　　　　　　　　　　　　　　午前・午後　　時　　分　　まで

　２　派遣を希望する場所

　　　　名　称

　３　希望する派遣者数

　　　　　　人

　４　集合時間及び場所

　　　　時間　　　　時　　分

　　　　場所