年　　月　　日

京都府言語聴覚士会

会長　　関　道子様

**失語症者会話支援者派遣依頼書**

会の名前：

代表者氏名：

開催日時：　　　　年　　月　　日

開催場所：

参加人数：　　　当事者　　人　　　　　　　付添い人　　人

派遣人数：

業務内容：