

手話通訳者等派遣依頼書

様

- 次の方が
- 手話通訳者 の派遣を希望していますので依頼します。
- 盲ろう者向け通訳・介助者

大阪市認定事務センター
 【障がい支援区分認定担当】
 (担当: TEL:)

| | | |
|-----|-----------------|-----------------------------|
| 依頼者 | (生年月日 年 月 日生 歳) | |
| 住所 | 〒 | |
| 連絡先 | TEL FAX | |
| | 日程調整の連絡先 | 本人 家族 その他 () |
| 希望日 | 曜日 | いつでもよい 又は 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜 |
| | 時間 | いつでもよい 又は 午前中がよい 午後がよい |