

# 介添人派遣連絡票

様

次の方が、介添人の派遣を希望していますので連絡します。

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	