

## 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						