

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連絡します。
 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：06-4392-1730)

依頼者		
	(生年月日 年 月 日生 歳)	
住所	〒 -	
連絡先	TEL 無し FAX - -	
	日程調整の連絡先	本人 FAX
希望日	曜日	
	時間	