

# 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：06-4392-1730)

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

