

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	T E L	
	日程調整 の連絡先	本人 T E L
希 望 日	曜 日	
	時 間	