

(様式1)

介添人派遣連絡票

様

次の依頼者が介添人の派遣を希望していますので連絡します。

大阪市福祉局高齢者施策部
認 定 担 当 課 長
(担当 Tel)

依頼者	生年月日 年 月 日生まれ		
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	