

(様式1)

訪問調査手話通訳派遣依頼書

様

次の依頼者が訪問調査手話通訳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				