（様式１－２）

外国語通訳派遣事業利用案内時通訳連絡票

　　　　　区

１．対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 大阪市　　　区 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 通訳言語 | 　　　　　語 |
| 子どもの氏名 |  |
| 利用日時 | 月　　日（　　）　　時　　分～ |
| 通訳場所 | 大阪市　　　区役所　保健福祉センター |
| 担当者 |  |