

(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	