（様式１－３）

外国語通訳派遣事業２回目以降利用者連絡票

　　　　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 |  |
| 初回利用日時 | 月　　日（　　）　　時　　分～ |
| 待ち合わせ場所 | 大阪市　　　区役所　保健福祉センター |
| 初回同行場所 |  |

２．２回目以降利用予定日時（随時追記）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用回数 | 待ち合わせ日時 | 待ち合わせ場所 | 同行場所 | 利用目的 |
| ２回目 | 　　年　　月　　日（　　）　：　 |  |  |  |
| ３回目 | 　 |  |  |  |
| ４回目 | 　 |  |  |  |
| ５回目 | 　 |  |  |  |