

(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				