（様式４）

利用対象者連絡票

委託事業者　様

大阪市こども青少年局長

次の対象者が外国語通訳者の派遣を必要としていますので、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | 年　　齢： |
| 待ち合わせ  場所 | 区保健福祉センター |
| 待ち合わせ  日時 |  |
| 通訳言語 |  |
| 同行場所 |  |