

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	