(公財)岩手県国際交流協会　令和4年度外国人患者受入体制構築事業

**「医療機関等における電話医療通訳サービス　試行」　利用登録申込書**

20　　　年　　　月　　　日

(宛先)岩手県国際交流協会事務局長　様

利用登録申込

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関・団体等名(必須) |  |
| 住所等(必須) | 〒 |
| 連絡担当者　氏　　名(必須) |  |
| 連絡担当者　電話番号(必須) | (　　　　　)　　　　　－ |
| 連絡担当者 メールアドレス(必須) | ＠ |
| 上記電話番号以外で通訳依頼をされる際の電話番号 | (　　　　　)　　　　　－ |
| (　　　　　)　　　　　－ |
| (　　　　　)　　　　　－ |

※記入いただいた個人情報は、当該事業以外の目的には利用いたしません。また、第三者への提供・開示もいたしません。

試行期間　令和4年4月1日から令和5年3月31日まで

「医療機関等における電話による医療通訳サービス　試行」の利用について同意し、上記内容により利用登録を申し込みます。

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関・団体名

代　表　者　名

高度な医療知識を要し、難易度が高いと判断する場合、電話に出た通訳者がお断りさせていただく場合もございます。その際は、メディフォン㈱事務局にお電話いただければ、適切な通訳を実施するため、ご依頼内容に応じた通訳者におつなぎいたします。また、書面での説明・同意、画像を見ながらの説明など電話での通訳に適していない内容に関しては、通訳をお断りすることがあります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | | | | | |
| 申請 | 20　　　年　　　月　　　日 | 確認者印 |  | 受付 | 備考 |
| 登録 | 20　　　年　　　月　　　日 | 確認者印 |  |