**「あいち医療通訳システム」利用規程同意書**

「あいち医療通訳システム」利用規程を読み、利用規程の内容について

同意します。

　　 　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　（医療機関等名）

　　　　　　　　　　　　（代表者名）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等 | （住　所） | 〒　　　－ |
| （名　称） |  |
| 御担当者名 | （所　属） |  |
| （職氏名） |  |
| 連 絡 先 | （T E L） |  |
| （E-Mail） |  |
| （F A X） |  |

送付先　愛知県多文化共生推進室

メール：tabunka@pref.aichi.lg.jp　　FAX：052-971-8736　　郵便番号　460-8501

＊押印不要です。郵送される場合所在地の記載は不要です。なお、愛知県多文化共生推進室は、「あいち医療通訳システム推進協議会」の事務局です。

あいち医療通訳システム

**検索**

* 本様式は、ウェブからもダウンロードできます。

https://www.aichi-iryou-tsuyaku-system.com/