

通 訳 者 派 遣 依 頼 書

【FAX 送信先:0120-961-242】 【Eメール送信先 jimukyoku@aichi-iryoku-tsu-yaku-system.com】

あいち医療通訳システム運営事務局 宛

ご依頼日: 平成 年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

ご担当者様名 _____ 電話番号 _____

◆患者同意の確認

医療通訳者の派遣(及び負担)について、患者から同意を得た上で、依頼しています。

◆希望コース ※2 時間を超えた場合は 1 時間毎に基本額の半額が課金されます。

Aコース 日常的な診療・検査等に対する通訳(通訳料3,000円/2時間)

Bコース 手術前のインフォームド・コンセント等に対応する高度通訳(通訳料5,000円/2時間)

Cコース 特定の曜日・時間帯に派遣する定時通訳(通訳料5,000円/2時間)

◆日 時

開始日時 月 日 曜日 午前/午後 時 分

終了予定時間 午前/午後 時 分

◆依頼言語 ※「その他」はご希望に沿えない場合があります。

英語 中国語 ポルトガル語 スペイン語 フィリピン語 その他 _____

◆通訳者ご希望性別 ※ご希望に沿えない場合があります。

女性 男性 希望なし (2 回目以降の場合) 必ず前回と同じ通訳者希望

◆お待ち合わせ場所

総合受付前 診療科受付前 _____ 科 検査室前 _____

その他 _____

◆通訳を希望する場面 ※通訳が必要な場面すべてにチェックをお願いします。

受付 診察室 _____ 科 検査室 _____ 会計

病室 薬局 その他 _____

◆通訳する際の参考事項(病状・症状・想定通訳内容等) ※できるだけ詳しく教えてください。

◆その他特記事項

◆【重要】通訳派遣の可否および通訳者の決定について、いつまでに連絡が必要ですか。

_____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 午前/午後 _____

◆問合せ先

あいち医療通訳システム運営事務局 TEL:050-5814-7263 (平日 午前 9 時～午後 5 時30分)