

翻 訳 依 頼 書

【FAX 送信先:0120-961-242】

【Eメール送信先 honyaku@aichi-iryoku-tsuyaku-system.com】

あいち医療通訳システム事務局 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

◆患者情報(※必須)

居住地 市・町・村 (県外の場合はこちらに 県 市・町・村)

◆翻訳料金 A4 1枚につき 3,000円

◆翻訳原稿枚数 A4 枚

◆翻訳言語 (翻訳可能な言語: 英語・中国語・ポルトガル語・スペイン語⇔日本語)

原稿 語 ⇒ 翻訳希望言語 語

◆受取希望日 ※ご希望に沿えない場合があります。

月 日 曜日

◆受取希望方法 (ご希望の方法をチェックしてください。)

FAX E-mail

◆特記事項

◆問合せ先

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