第２号様式

**医療通訳ボランティア登録者紹介依頼書**

提出日：　　　　　　年　　月　　日

（公財）沖縄県国際交流・人材育成財団　理事長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼者 | 団体名 |  |
|  | 代表者名 |  |
|  | 担当者 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | E-mail |  |
| ■実施要領の内容を確認・同意した上で申請します（チェック欄）→　　□ | | |

下記のとおり、貴財団医療通訳ボランティア登録者の紹介を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通訳を必要とする者 | ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ |  | 性　別 | 年 　齢 | 国 　籍 |
| 氏 　名 |  | 男・女 | 歳 |  |
| 住 　所 | 〒 | | | |
| 電　　話 |  | | | |
| 派　遣　の　内　容 | 依 頼 日 | 年 　月　 　 日（　　　） | | | |
| 時 　間 | 時　 　分　　から　　　時　　　分まで（　　　　時間　　　　分） | | | |
| 通訳場所 |  | | | |
| （上記住所） | 〒 | | 最寄りバス停  またはモノレール駅 |  |
| 通訳言語 |  | | | |
| 状況及び  通訳内容  （診療科目等を含め具体的に記入） | 診療科目：  状況及び依頼内容（具体的に記入）： | | | |
| その他  （通訳者に対する要  望があれば記入） |  | | | |

《注意事項》

* 政治・宗教・営利を目的とした依頼は受付けできません。
* ボランティアの通訳スキルのレベルチェックは行っていませんので、あらかじめご了承ください。
* **謝礼金は、「財団医療通訳ボランティア事業実施要領謝礼金の支給」に基づき、原則依頼者または通訳対象者の負担となります。**
* 交通費は依頼者または通訳対象者の負担となります。「財団医療通訳ボランティア事業実施要領交通費の支給」に基づき、直接ボランティアにお支払いください。
* 医療通訳ボランティアが行う通訳については、医療上、司法上の責任は問われません。

　《事務局使用欄》

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初回依頼　　　　　　　　　　ボランティアの決定 | | | 課　長 | 主　　幹 | 担　当 |
| □　対象外　　　ボランティアを  □　対象**□　紹介する　　　　□　紹介しない** | | |  |  |  |
| ふりがな |  | 期　生 | | 性　別 | 年　齢 |
| ボランティア  氏　名 |  |  | | □女　□男 | 歳 |