第４号様式

**医療通訳ボランティア活動確認書**

　　　年　　　　月　　　　日

公益財団法人沖縄県国際交流・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 |  |

医療通訳ボランティアの活動が終了しましたので、次のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通訳者 | 氏名 |  |
| 通訳対象者 | 氏名 |  |
| 活動日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　 　日 |
| 活動場所 |  |
| 依頼予定時間 | 時　　　分　　～　　　時　　　分まで　（　　　　　時間　　　　　分） |
| 活動時間（実際） | 時　　　分　　～　　　時　　　分まで　（　　　　　時間　　　　　分） |
| 依頼内容変更の理由（該当する場合） |  |
| 謝礼金支給(該当箇所を☑） | □初回の利用により財団負担（支払免除）□依頼者または患者が負担する場合→負担者：　□依頼者　　　□患者支払金額：　　　　　　　　　　円　 支払予定日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 交通費支給 | 支払金額：　　　　　　　　　 円 支払予定日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 特記事項 |  |

【財団からの確認事項】

１．謝礼金は、実際の活動時間を基に算定します。本書を作成する前に、ボランティアが申告する活動

　　　時間と齟齬がないよう十分に確認の上、提出して下さい。

２．「依頼予定時間」と実際の活動時間にあまりにも大きな差異がある場合、次回からボランティアの

　　　紹介はできません。

**課長**

**主幹**

**担当**

 **【事務局使用欄】**