第２号-2様式（Form 2-2: Request from Individual Applicant

**Volunteer Medical Interpreter Request Form**

**医疗翻译志愿者派遣委托书/ 医療通訳ボランティア紹介依頼書**

Before requesting, please make sure the following terms and conditions of the service

□ The hospital and appointment date/time will be designated by OIHF.

□ You have to submit an activity report (Form 4) after interpretation service.

□　You must own rewards and transportation costs for interpreter. After the amount is confirmed,

you have to transfer the costs to the interpreter. The transfer fee must be borne by the applicant.

□　OIHF and its interpreters assume no liability for accidental damage to clients or other parties in

relation to interpreting.

在請求之前，請確保以下服務條款和條件

□　醫院和約會日期/時間將由OIHF指定

□　口譯服務後，您必須提交OIHF活動報告（表格4）

# □ 您必須擁有口譯員的翻譯和運輸費。確認金額後，您必須將費用轉給口譯員。轉讓費將由客戶承擔

□　OIHF及其口譯員對客戶或其他方的意外損壞不承擔任何責任與口譯有關。

申請する前にご確認下さい

□　受診する病院や受診する日時はOIHFが指定します。

□ 事後、活動報告書（第４号様式）を提出します。

□　謝礼金と交通費は依頼者の負担となります。金額が確定ののち、通訳者に振り込みとなります。振込手数料は、依頼者

が負担します。

□　医療通訳に関し、依頼者または患者、関係機関等に万が一不利益や損害が生じたとしても、OIHF及び医療通訳

ボランティアは、法的責任を一切負いません。

★Signing this form below indicates compliance with the terms and conditions of this medical interpreter dispatch system.

在下面簽名此表格表示符合該醫療口譯員派遣系統的條款​​

この医療通訳ボランティア紹介制度の利用条件に同意しますので、通訳ボランティアの派遣を依頼します。

Date 日期 (日付)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Signature 签名 (署名)

**Applicant’s Information/ 申込者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name/　姓名 | Last 姓/ | First 名/ | |
| Residence Status/ 在留資格 |  | D.O.B/ 出生日期 |  |
| Nationality/ 国籍 |  | Mother Tongue/  母語 |  |
| Sex/ 性別 | □　Female/女性  □ Male/男性 | Age/  年齢 |  |
| E-mail |  | | |
| Cell Phone/ 手机/ 電話番号 |  | | |
| Specify the special reasons why you need the Medical Interpreter 指定需要醫療翻譯的特殊原因 医療通訳を必要とする特別な理由 |  | | |

**Medical Complaints/ 醫療投訴/ 主訴**

|  |
| --- |
| Medical treatment you wish to consult/您想諮詢的醫療/ 希望診療科目 |
|  |
| Interpreter’s language you need/　您需要的口譯員語言/ 通訳言語 |
|  |
| Current symptoms and your request/ 當前症狀和您的要求/ 状況及び依頼内容（具体的に記入）： |
|  |

**OIHF Use Only/ 僅限OIHF使用/ OIHF使用欄**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ボランティア紹介の決定 | | | 課長 | 主幹 | 担当 |
| □紹介する　　　　　 　 □紹介しない　 　　 　□保留 | | |  |  |  |
| 紹介しない場合の理由 | | | | | |
|  | | | | | |
| 病院名 | 診療科目 | 担当者 | 診療予約時間 | | |
|  |  |  |  | | |
| 医療通訳ボランティア | 期生 | 謝礼金 | | 交通費 | |
|  |  |  | |  | |

事後確認

|  |  |
| --- | --- |
| チェック項目 | 確認月日 |
| □医療通訳ボランティアからの活動報告書の提出 |  |
| □医療通訳者の振り込み依頼書の提出 |  |
| □依頼者からの活動確認書の提出 |  |
| □依頼者による振り込み確認 |  |