第2号様式―1

**医療通訳・翻訳支援　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）→　　□ |

■医療通訳支援

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要支援者 | 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） |  |

\*医療通訳者の拘束時間は、待ち時間を含めて原則３時間以内とします。

\*\*派遣希望日の５日前（土日祝祭日はカウントに入れず）までにご依頼ください。

\*\*\*「緊急性」と「重篤性」を伴う依頼には、対応できません。

■医療翻訳支援

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 翻訳の内容\* |  | 翻訳言語 |  |

\*翻訳して欲しい原文をEXCELに１文単位で入力の上、別途電子メールで提出をお願いします。

《注意事項》

* 通訳者及び翻訳者の語学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。
* 医療通訳者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》

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援依頼に対して | 紹介しない場合の理由 | 課　長 | 主　　幹 | 担　当 |
| **□　承認****□　不承認** |  |  |  |  |
| ふりがな |  | 期　生 | 性　別 | 言語 |
| 通訳者氏名 |  |  | □女　□男 |  |