Mẫu đơn số 2 – 2

**Mẫu yêu cầu giải thích y tế 医療通訳支援依頼書**

Vui lòng kiểm tra trước khi đăng ký

□ Về nguyên tắc, OIHF chỉ định bệnh viện và ngày giờ đi khám.

□ Sau đó, phải nộp bản báo cáo (mẫu đơn số 4) đúng kỳ hạn.

□ Nếu chẳng may xảy ra điều gì bất lợi hay tổn tại cho người đề nghị, bệnh nhân, hay cơ quan có liên quan v.v. trong việc hỗ trợ phiên dịch, biên dịch y tế, OIHF và người phiên dịch dịch y tế tuyệt đối không chịu trách nhiệm pháp luật.

★Tôi đã kiểm tra kỹ nội dung của "Chương trình thực hiện hỗ trợ đặc biệt phiên dịch y tế" và ký tên, đồng ý với nội dung nên vui lòng hỗ trợ.

Ngày đăng ký (MM / DD / YYYY)　　 　　　　/　 　　　　/　 　　　　 Ký tên

**Người đăng ký 申込者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Họ tên 氏名 | Họ 姓/  | Tên名/ |
| Tư cách lưu trú 在留資格 |  | Ngày tháng năm sinh生年月日 |  |
| Quốc tịch国籍 |  | Tiếng mẹ đẻ母国語 |  |
| Giới tính性別 | □　Nam 女性□　Nữ 男性 | Tuổi年齢 |  |
| E-mail |  |
| Số điện thoại di động電話番号 |  |
| Lý do đặc biệt cần hỗ trợ phiên dịch y tế医療通訳を必要とする特別な理由 |  |

**khiếu nại y tế chính主訴**

|  |
| --- |
| Khoa khám bệnh mong muốn 希望診療科目 |
|  |
| Ngôn ngữ phiên dịch 通訳言語 |
|  |
| Triệu chứng bệnh - Khai bệnh - Nội dung đề nghị hỗ trợ (Ghi cụ thể) 症状及び依頼内容（具体的に記入）： |
|  |