第4号様式-1

**医療通訳支援　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 |  |
|  | 氏名\* |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | E-mail |  |

医療通訳支援に関して、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） | |
| 依頼内容または  活動時間（実際）が変更となった理由  （該当する場合） |  | |
| 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、医療通訳支援者が申告す

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、次回から医療通訳者の

　　　紹介はできません。

【**事務局使用覧**】

|  |  |
| --- | --- |
| 謝礼金負担者  (該当箇所を☑） | □財団　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  支払金額：　　　　　　　　　　　　円 |
| 交通費負担者  (該当箇所を☑） | □依頼者　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  支払金額：　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 主幹 | 担当者 |
|  |  |  |