

医療通訳ボランティア登録者紹介依頼書

提出日 平成 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

下記のとおり、貴財団医療通訳ボランティア登録者の紹介を依頼します。

通訳を必要とする者	フリガナ		性別	年齢	国籍
	氏名		男・女	歳	
	住所	〒			
	電話				
派遣の内容	依頼日	平成 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 またはモルレル駅		
	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					

《注意事項》

- ※ 政治・宗教・営利を目的とした依頼は受け付けできません。
- ※ ボランティアの通訳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。
- ※ 謝礼金は、「財団医療通訳ボランティア事業実施要領謝礼金の支給」に基づき、通常依頼者または通訳対象者の負担となりますが、平成 29 年度内につきましては、財団が負担いたします。
- ※ 交通費は依頼者または通訳対象者の負担となります。「財団医療通訳ボランティア事業実施要領交通費の支給」に基づき、直接ボランティアにお支払いください。
- ※ 医療通訳ボランティア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》

ボランティアの決定		課長	主任	担当
ボランティアを <input type="checkbox"/> 紹介する <input type="checkbox"/> 紹介しない				
ふりがな		期生	性別	年齢
ボランティア氏名			男・女	歳