様式５

医療通訳ボランティア斡旋依頼書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長　様

（依頼者）医療機関名称

代表者等職氏名

　下記のとおり、医療通訳ボランティアの斡旋を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通訳言語 | | ポルトガル語　　　中国語  タガログ語　　　　ベトナム語 | | | | | 希望する性別  ※希望に添えないことが  あります | | 希望無し  女性　・　男性 |
| 斡旋希望日時  （事前の打ち合わせ時間も含めてください）  ※様式６及び様式７に添付する写しにおいては、斡旋日時以外の日時を削ります。 | | （第１希望）　 　　年　　月　　日（　　）  　　時　　分から　　　時　　分まで（２４時間表示） | | | | | | | |
| （第２希望）　 　　年　　月　　日（　　）  　　時　　分から　　　時　　分まで（２４時間表示） | | | | | | | |
| 通訳方法 | | □対面（斡旋先医療機関での通訳）  □オンライン（Zoom,Skype等）\* | | | \*オンラインの場合  ID,パスワード等の必要事項 | | |  | |
| 業務内容  （具体的な診察、検査内容等、事前準備に必要な情報） | | [通訳場面]  □受付　□診察　□検査　□会計　□病室　□院内薬局　□その他 | | | | | | | |
| [内　容］ | | | | | | | |
| 待ち合わせ場所 | | 総合受付前 ・ 診療科受付前(　 　 科) ・ 検査室前( 　　 )  その他 | | | | | | | |
| 担当者連絡先 | | 部署 |  | | | 氏名 | |  | |
| 電話 |  | | | ＦＡＸ | |  | |
| メールアドレス |  | | | | | | |
| 患者に関する情報(医療通訳ボランティアとの日程調整の際、氏名については口頭でお伝えします) | | | | | | | | | |
| 氏 名 | （姓）　　　　　　　　（名） | | | | | 国 籍 | |  | |
| ※様式６に添付する写しにおいては、削ります。 | | | | |
| その他特記事項：特に患者について留意が必要な事項があればご記入ください | | | | | | | | | |
| 医療通訳ボランティア斡旋決定通知書  令和　　年　　月　　日  医療機関名称  代表者等職氏名　　　　　　　　　様  公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長 | | | | | | | | | |
| （事務局記入欄）医療通訳ボランティア斡旋についての決定事項 | | | | | | | | | |
| （斡旋の可否） | | 斡旋**できます**  斡旋**できません** | | 通訳方法 | | | | 対面（斡旋先医療機関での通訳）  オンライン（Zoom,Skype等） | |
| 医療通訳ボランティア 氏名　　　　　　　　　　　　　　（性別）　　　（国籍）  携帯電話　　　　　　　　　　携帯電話ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | | | | | | | |

ＦＡＸ：０５８－２６３－８０６７　メールアドレス：gic@gic.or.jp

事務局処理番号

様式７

医療通訳ボランティア業務完了報告書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人岐阜県国際交流センター理事長　様

（依頼者）医療機関名称：

（担当者）氏名　　　 ：

□ 依頼書どおり、業務が完了しました。

　　□　下記のとおり、医療通訳ボランティアの業務に変更がありましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更後の業務時間 | 年　　月　　日（　　）  　　時　　分から　　時　　分まで |
| 変更後の業務内容  (下欄は依頼書の内容から変更事項があった時のみ記入) | □受付　□診察　□検査　□会計　□病室　□院内薬局　□その他 |
|  |
| その他特記事項：特に報告することがあればご記入ください。 | |

公益財団法人岐阜県国際交流センター

事務局処理番号

ＦＡＸ：０５８－２６３－８０６７　メールアドレス：[gic@gic.or.jp](mailto:gic@gic.or.jp)