様式４（患者負担無）

**GIẤY XÁC NHẬN ĐỒNG Ý VỚI VIỆC GIỚI THIỆU**

**TÌNH NGUYỆN VIÊN PHIÊN DỊCH Y TẾ**

【Chương trình giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế tỉnh Gifu là gì?】

Chương trình giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế tỉnh Gifu là chương trình được thực hiện dựa trên sự hợp tác của tỉnh Gifu, Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu và các cơ sở y tế trong tỉnh, nhằm mục đích giúp những người chưa biết nhiều tiếng Nhật có thể an tâm khám bệnh tại các cơ sở y tế.

 　Tình nguyện viên phiên dịch y tế là những người đã đỗ Kỳ thi đăng ký tình nguyện viên phiên dịch y tế do Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu thực hiện, có kiến thức và kỹ thuật cần thiết của một tình nguyện viên phiên dịch y tế.

 　Tình nguyện viên phiên dịch y tế sẽ nỗ lực để phiên dịch tốt nhất cho quý vị. Tuy nhiên, trong trường hợp quý vị nghi vấn về nội dung phiên dịch hay không hiểu hết nội dung phiên dịch thì xin hãy yêu cầu tình nguyện viên phiên dịch y tế giải thích cho đến khi hiểu được vấn đề. Thời gian làm việc trực tiếp của tình nguyện viên phiên dịch y tế là khoảng 2 giờ đồng hồ.

 　Tình nguyện viên phiên dịch y tế cam kết không làm rò rỉ bí mật của quý vị- những điều biết được trong quá trình phiên dịch.

 　Sau khi xác nhận tất cả nội dung được viết ở trên, nếu quý vị mong muốn nhận được sự giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế thì xin điền các thông tin vào Giấy đồng ý dưới đây.

 　Tuy nhiên, xin quý vị thông cảm cho rằng: cũng có trường hợp tình nguyện viên phiên dịch y tế không sắp xếp được thời gian nên chúng tôi không thể giới thiệu được.

Ngoài ra, xin quý vị vui lòng đọc kỹ tài liệu “Những lưu ý liên quan đến việc giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế” được đính kèm.

 Tỉnh Gifu

 Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu

○○○○ (※医療機関名を入れて下さい)

|  |
| --- |
|  |

**GIẤY ĐỒNG Ý**

1. Tôi đã nắm được nội dung của chương trình giới thiệu này và tôi đồng ý với việc giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế.

2. Khi phiên dịch, tôi đồng ý cung cấp thông tin cần thiết của bản thân cho Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu, ○○○○ (※医療機関名), tình nguyện viên phiên dịch y tế.

3. Tôi không truy cứu trách nhiệm đối với tỉnh Gifu, Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu, ○○○○ (※医療機関名) và tình nguyện viên phiên dịch y tế nếu có tổn hại gì xảy ra do nhận được sự giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế.

Ngày tháng năm

Họ tên bệnh nhân\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thông tin liên lạc (về nguyên tắc thì cần FAX hoặc địa chỉ e-mail của điện thoại di động)

FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ e-mail của điện thoại di động\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thông tin liên lạc trong trường hợp không có FAX hoặc địa chỉ e-mail trên điện thoại di động

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giờ ~ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_giờ, ngày thường)

Số điện thoại di động\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Số điện thoại cố định\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (chọn: Nhà ・ Cơ quan)

Địa chỉ e-mail trên máy tính\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

様式４（患者負担有）

**GIẤY XÁC NHẬN ĐỒNG Ý VỚI VIỆC GIỚI THIỆU**

**TÌNH NGUYỆN VIÊN PHIÊN DỊCH Y TẾ**

【Chương trình giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế tỉnh Gifu là gì?】

Chương trình giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế tỉnh Gifu là chương trình được thực hiện dựa trên sự hợp tác của tỉnh Gifu, Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu và các cơ sở y tế trong tỉnh, nhằm mục đích giúp những người chưa biết nhiều tiếng Nhật có thể an tâm khám bệnh tại các cơ sở y tế.

 　Tình nguyện viên phiên dịch y tế là những người đã đỗ Kỳ thi đăng ký tình nguyện viên phiên dịch y tế do Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu thực hiện, có kiến thức và kỹ thuật cần thiết của một tình nguyện viên phiên dịch y tế.

 　Tình nguyện viên phiên dịch y tế sẽ nỗ lực để phiên dịch tốt nhất cho quý vị. Tuy nhiên, trong trường hợp quý vị nghi vấn về nội dung phiên dịch hay không hiểu hết nội dung phiên dịch thì xin hãy yêu cầu tình nguyện viên phiên dịch y tế giải thích cho đến khi hiểu được vấn đề. Thời gian làm việc trực tiếp của tình nguyện viên phiên dịch y tế là khoảng 2 giờ đồng hồ.

 　Tình nguyện viên phiên dịch y tế cam kết không làm rò rỉ bí mật của quý vị- những điều biết được trong quá trình phiên dịch.

 　Sau khi xác nhận tất cả nội dung được viết ở trên, nếu quý vị mong muốn nhận được sự giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế thì xin điền các thông tin vào Giấy đồng ý dưới đây.

 　Tuy nhiên, xin quý vị thông cảm cho rằng: cũng có trường hợp tình nguyện viên phiên dịch y tế không sắp xếp được thời gian nên chúng tôi không thể giới thiệu được.

Ngoài ra, xin quý vị vui lòng đọc kỹ tài liệu “Những lưu ý liên quan đến việc giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế” được đính kèm.

 Tỉnh Gifu

 Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu

○○○○ (※医療機関を入れて下さい)

|  |
| --- |
|  |

**GIẤY ĐỒNG Ý**

1. Tôi đã nắm được nội dung của chương trình giới thiệu này và tôi đồng ý với việc giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế.

2. Khi phiên dịch, tôi đồng ý cung cấp thông tin cần thiết của bản thân cho Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu, ○○○○ (※医療機関名), tình nguyện viên phiên dịch y tế.

3. Liên quan đến việc sử dụng chương trình giới thiệu này, tôi đồng ý chi trả cho tình nguyện viên phiên dịch y tế chi phí cần thiết là \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ yên.

4. Tôi không truy cứu trách nhiệm đối với tỉnh Gifu, Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu, ○○○○ (※医療機関名) và tình nguyện viên phiên dịch y tế nếu có tổn hại gì xảy ra do nhận được sự giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế.

Ngày tháng năm

Họ tên bệnh nhân\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thông tin liên lạc (về nguyên tắc thì cần FAX hoặc địa chỉ e-mail của điện thoại di động)

FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ e-mail của điện thoại di động\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thông tin liên lạc trong trường hợp không có FAX hoặc địa chỉ e-mail của điện thoại di động

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giờ ~ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_giờ, ngày thường)

Số điện thoại di động\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Số điện thoại cố định\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (chọn: Nhà ・ Cơ quan)

Địa chỉ e-mail trên máy tính\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

様式４－２

**NHỮNG LƯU Ý LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC GIỚI THIỆU**

**TÌNH NGUYỆN VIÊN PHIÊN DỊCH Y TẾ**

1. Về việc liên lạc nội dung quyết định giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế

Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu sẽ liên lạc đến địa chỉ được ghi trong Giấy đồng ý về việc có thể giới thiệu được hay không; trong trường hợp có thể giới thiệu được thì sẽ liên lạc kèm với ngày giờ giới thiệu.

Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu sẽ liên lạc với quý vị bằng FAX (trường hợp quý vị không có FAX thì sẽ liên hệ đến địa chỉ e-mail của điện thoại di động). Trường hợp quý vị không có FAX cũng như địa chỉ e-mail của điện thoại di động thì sẽ được liên lạc đến số điện thoại di động,…

2. Về việc hủy việc nhận giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế

Quý vị đã nhận được liên lạc từ Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh Gifu về nội dung được giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế nhưng buộc lòng phải hủy thì xin nhanh chóng điện thoại liên hệ với người phụ trách theo thông tin được ghi dưới đây. Nếu điện thoại mà không gặp được người phụ trách thì xin liên lạc bằng e-mail. Trong trường hợp liên lạc bằng e-mail, xin hãy điền tiêu đề e-mail là “CANCEL・Họ tên (ghi bằng Alphabet)” và điền rõ lý do hủy trong e-mail.

 Cho đến 3 giờ chiều của ngày trước ngày dự định được giới thiệu tình nguyện phiên dịch y tế, nếu quý vị hủy mà không có liên lạc thì có trường hợp quý vị phải chi trả chi phí.

 Đồng thời, trong trường hợp quý vị hủy mà không liên lạc trước thì về sau sẽ không nhận được việc giới thiệu tình nguyện viên phiên dịch y tế nữa.

|  |
| --- |
| Thông tin liên lạc của Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế tỉnh GifuSố điện thoại：０５８－２１４－７７００E-mail：gic@gic.or.jp |

＜参考＞（患者様宛）請求書・領収書

**HÓA ĐƠN**

Kính gửi ông/bà:

* Yêu cầu ông/bà chi trảyên tiền cảm ơn tình nguyện viên phiên dịch y tế.

Ngày tháng năm

Gifu-ken Gifu-shi Yanagase-dori 1-12 Gifu Chunichi Bldg 2F

Số hiệu đăng ký tình nguyện phiên dịch y tế tại Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế

tỉnh Gifu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_㊞

|  |
| --- |
|  |

**BIÊN NHẬN**

Ngày tháng năm

Kính gửi ông/bà:

　　 ， yên（bao gồm \_\_\_\_\_\_\_\_yên thuế）

Tôi đã nhận đủ số tiền cảm ơn tình nguyện viên phiên dịch y tế được viết ở trên.

Gifu-ken Gifu-shi Yanagase-dori 1-12 Gifu Chunichi Bldg 2F

Số hiệu đăng ký tình nguyện phiên dịch y tế tại Tổ chức Pháp nhân Công ích- Trung tâm Hợp tác quốc tế

tỉnh Gifu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_㊞

|  |
| --- |
|  |

**BIÊN NHẬN (bản sao)**

Ngày tháng năm

　　 ， yên（bao gồm \_\_\_\_\_\_\_\_yên thuế）

Tôi đã nhận đủ số tiền cảm ơn tình nguyện viên phiên dịch y tế được viết ở trên.