**八王子国際協会医療通訳ボランティア紹介依頼書**

**(HIA Volunteer Medical Interpreter Introduction Form)**

この医療通訳ボランティア紹介依頼書の利用規約に同意し、以下の内容により通訳ボランティアの紹介を依頼します。

Signing and dating this form below indicates compliance with the terms and conditions of our volunteer interpreting system.

日付／Date　　　　　　　　　　　　　　署名／Signature

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼者　Name |  | | | |
| 住所　Address | 〒　　　　－ | | | |
| TEL | （　　　　　　）　　－ | | FAX | （　　　　　　）　　－ |
| 携帯／Cell phone |  | | E-mail |  |
| 患者名　Patient |  | | 年　　齢  　Age |  |
| 国籍　Nationality |  | | 性　　別  Gender | 男　・　女 （M）・（F） |
| 派遣の希望  Request | 日時　Date | 年（Y）　　　月（M）　　日（D）（　　　）  　　　：　　　　　～　　　　　： | | |
| 待ち合わせ場所　Meeting Place |  | | |
| 通訳言語  Language | □英語／English　□中国語／Chinese　□韓国語/Korean  □タガログ語／Tagalog  □その他／others（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 通訳内容  Type of services | □健診／health check up □診察／consultation・treatment  □その他／others（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 具体的な内容  Details |  | | |

**利用規約：こちらを必ずお読みください。　Terms of Use Please read carefully.**

１．八王子国際協会（協会）が紹介する医療通訳ボランティアは、専門的な医療通訳者ではありません。The medical volunteer interpreter introduced by HIA is not certified medical one. 2.医療通訳ボランティアとして最大限の努力をいたしますが、通訳に起因する事象については、協会及び医療通訳ボランティアは法的責任を負えません。The medical volunteer interpreter shall make every effort to complete volunteer services. However, neither HIA nor the medical volunteer interpreter shall take any legal responsibility for any matters arising and/or resulting from such volunteer interpretation under any circumstances. 3.協会及び医療通訳ボランティアは、重篤な患者には対応できません。Neither HIA nor the volunteer medical interpreter can provide language services to patients with serious conditions. ４．協会及び医療通訳ボランティアは守秘義務を守ります。HIA and the volunteer medical interpreter will keep any confidential information strictly secret.