|  |
| --- |
| 医療通訳ボランティア派遣依頼書 |

|  |
| --- |
| この依頼書は、外国人患者が福岡県内の医療機関で診療等を受ける際に、医療機関の方が医療通訳ボランティアの派遣を希望するときに利用するものです。派遣を希望される医療機関は必要事項をご記入後、**原則として３日前までにふくおか国際医療サポートセンターへお申込みください。** |

（様式２）

**ふくおか国際医療サポートセンター**

ＴＥＬ：092-734-3035

ＦＡＸ：092-288-2668

営業時間：平日9時～1８時（土日祝休業）

|  |  |
| --- | --- |
| **依頼者** | 記入日：　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 施設名 |  |
| 担当者 | （部署名：　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者情報** |  | | |
| 国籍 |  | 性別 |  |
| 年代 | □10歳未満　□10代　□20代　□30代　□40代　□50代　□60代　□70代以上 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **派遣概要** | ※原則として１回の派遣は３時間までとなります。  ※３時間を超える派遣となる場合は、理由を明記の上、お申込みください。 |
| 開始日時 | 年　 　月　　 日（　　）（ 午前 ・ 午後 ）　　　時　　　分 |
| 終了予定 | （ 午前 ・ 午後 ）　　　時　　　分 |
| 待ち合わせ時間 | （ 午前 ・ 午後 ）　　　時　　　分 |
| 待ち合わせ場所 | □ 総合受付の待合所　□ 受診科の待合所　　　□ その他（　　　 　　　　　 　　） |
| 通訳を要する場面 | □ 受付　　□ 診察室（　　　　　　　　　科）　□ 検査室（　 　　　　　　　　　）  □ 会計　　□ 病室　　　□ 院内薬局　　　　　□ その他（　　　　 　　　 　　　） |
| 言　　　　　　語 | * 英語　　　□ 中国語　　　□ 韓国語　　　□ タイ語　　　□ ベトナム語 |
| 通訳内容 |  |

ご提供いただいた情報は、この医療通訳ボランティア派遣事業の目的以外で使用することはありません。

**※誤ＦＡＸ防止のため、ＦＡＸ送信後には必ず着信確認のお電話をお願いします。**