（様式１）

医療通訳ボランティア派遣利用登録書

ふくおか国際医療サポートセンター事務局

　　〒810-0072

福岡市中央区長浜1-1-35新KBCビ2階

 ㈱JTB福岡支店内

TEL：092-734-3035／FAX：092-288-2668

ホームページ：https：//imsc.pref.fukuoka.lg.jp

受付時間：平日9：00～18：00 (土日祝休業)

（登録について）

1. 必要事項をご記入の上、ふくおか国際医療サポートセンターへ本登録書を郵送してください
2. あらかじめ「ふくおか国際医療サポートセンター医療通訳サービス等利用規程」を確認し、同意の上、医療機関の記名・捺印をお願いします
3. 医療に関する外国語対応コールセンター（医療に係る電話通訳・医療に関する案内）の利用は登録不要です

**利用内容**

|  |
| --- |
| 医療通訳ボランティア派遣 |

**登録情報**　※すべてご記入ください。メールアドレス等正確にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 代表電話 |  | ＦＡＸ |  |
| ホームページURL |  |
| 担当部署ご担当者 | 部署名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL 　 　 　　　　　　　　　） |
| 氏名（役職） | （　　　 　 　　　　　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| **（同意確認**医療通訳サービスの円滑な実施のため、承認を頂いた上で、医療機関の基本情報を以下の通りWebへ掲載しています。ご協力のほど、よろしくお願いいたします。〇掲載場所ふくおか国際医療サポートセンターホームページ＜https：//imsc.pref.fukuoka.lg.jp＞〇掲載内容施設名・所在地・代表電話・診療科目・ホームページＵＲＬ・地図 | 医療機関情報のWebへの掲載に【　　】同意する　　【　　】同意しない※いずれかに〇をつけてください。 |

※ご記入いただいたお名前・メールアドレス等の個人情報は、ふくおか国際医療サポートセンターへのお問合せの対応などの業務並びに返信に関する以外の目的には利用いたしません。また、第三者への提供・開示もいたしません。

「ふくおか国際医療サポートセンター医療通訳サービス等利用規程」に同意し、上記内容により医療　通訳サービス利用登録をします。

　　　年　　　　月　　　　日（作成日）

（医療機関名）

（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**＜登録書送付先＞ふくおか国際医療サポートセンター事務局**

〒810-0072　福岡市中央区長浜1-1-35新ＫＢＣビル2階 ㈱ＪＴＢ福岡支店内