

令和4年度医療通訳ボランティア養成講座の開催にあたって

福岡県には、多数の外国人の方が生活しており、医療機関で受診する際に言葉が通じないといった不安を抱えていたり、日本語の分かる方と一緒に行くことができて、医療機関での言葉が専門的であるため、コミュニケーションをとることが難しい場合があります。また、医療機関においても、言語の問題で外国人患者へ十分な説明ができないことがあります。

このため、福岡県では、外国人が安心して医療を受けられるよう、医療機関の依頼に応じて医療通訳者を派遣するサービスを実施しています。

このたび、医療通訳サービスで派遣を行う医療通訳ボランティアの養成講座を開催いたします。医療通訳に興味をお持ちの方におかれましては、ぜひご参加いただきますようご案内いたします。

ふくおか国際医療サポートセンター

お申し込み方法

■お申し込み方法：お申込みは下記参加申込書に必要事項をご記入の上、当センターまでFAXをお送りください。

参加費(3,850円)につきましては、講座当日に受付にてお支払いください。※お釣りのないようにご準備をお願いします

■お問合わせ：ふくおか国際医療サポートセンター(事業受託者:株JTB福岡支店)

〒810-0072 福岡県福岡市中央区長浜 1-1-35 新KBCビル3階 担当:中村・森山

受付時間:9:00~18:00(土日祝日除く) TEL:092-734-3035 FAX:092-288-2668

■実施主体：福岡県(連絡先:医療指導課 TEL092-643-3328)

【申込締切】令和4年7月11日(月)必着

申込先：ふくおか国際医療サポートセンター
FAX:092-288-2668 (担当:中村・森山)

日時・内容	令和4年7月23日(土) [令和4年度医療通訳ボランティア養成講座]		
フリガナ 氏名	住所	〒	
電話番号	E-mail	(携帯・PC)	@
言語	語 ※選択は1言語のみ		
語学資格等	(英検、TOEIC、中検、新HSK等) ※取得年月も記載ください		
逐次通訳 のご経験 及び年数	あり ・ なし	ご経験年数： 年	
	内容：		
同時通訳 のご経験 及び年数	あり ・ なし	ご経験年数： 年	
	内容：		
医療通訳 のご経験 及び年数	あり ・ なし	ご経験年数： 年	
	内容：		

*お預かりした参加者の個人情報は、当センターにて適切に管理させていただきます。個人情報を同意なしに本講座運営に必要なこと以外に使用することはありません。

(法令などにより開示を求められた場合を除く)

*定員になり次第締め切りとさせていただきます。