|  |
| --- |
| 医療通訳業務報告書 |

|  |
| --- |
| ふくおか国際医療サポートセンター　宛下記のとおり、医療通訳業務が履行されましたので、報告します。 |

（様式４）

**ふくおか国際医療サポートセンター**

ＴＥＬ：050-3171-7806

ＦＡＸ：050-3145-0092

営業時間：平日9時～18時（土日祝休業）

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関** | 記入日：　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 施設名 |  |
| 担当者 | （部署名：　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| **業　務　内 　容** |  |
| 派遣日 | 　　　年　　 　月　　　 日（　　　） |
| 対応時間 | （患者対面）　　 　　時　 　　分 　～　（通訳業務終了）　　　時　　　 分 |
| 言語 | * 英語　　　□ 中国語　　　□ 韓国語　　　□ タイ語　　　□ ベトナム語
 |
| 通訳場面 | * 受付　　　□　診察（　　　　　　　　科）　　　□　検査室　　　　□　会計
* 病室　　　□　院内薬局　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 通訳内容 | （記載例）疾患について、検査結果について、入退院の手続きについて　など主な内容で構いません。 |
| **※次回派遣のための特記事項やご要望・ご意見等ございましたらご記入ください。（任意）** |
| 受診者に関する　次回派遣のための特記事項 |  |
| ご要望・ご意見など |  |