

多文化共生コミュニケーションサポーター派遣申請書

平成 年 月 日

一般財団法人岡山県国際交流協会 御中

TEL : 086-256-2914

FAX : 086-256-2489

申請者 医療機関等名 _____

代表者職名 _____

氏名 _____

印 _____

次のとおり、多文化共生コミュニケーションサポーターの派遣を申請します。なお、下記事項について、遵守することを確約します。

依頼言語 (選択する言語に○印)	英語	中国語	その他 (語)			
医療機関等 (連絡) 責任者	所在地	〒 ()				
	(ふりがな) 所属 / 氏名					
	電話番号		FAX			
	E-mail					
患者	(ふりがな) 氏名					
	国籍		性別		生年月日	年 月 日
	患者の同意 ※同意が得られない場合はその理由	患者の自署 (サイン)				
	日本語レベル	<input type="checkbox"/> 全く話せない <input type="checkbox"/> ある程度話せる <input type="checkbox"/> 把握していない				
日時	(第1希望) 平成 年 月 日 ()	時	分から	時	分まで	
	(第2希望) 平成 年 月 日 ()	時	分から	時	分まで	
待ち合わせ			駐車場の有無	有・無 その他 ()		
診療科	科		【感染症の有無】(該当番号に○印) 1. 感染症にかかっている(疑いがある) (病名:) 2. 感染症ではない 3. 現時点では不明			
通訳内容	1. 一般外来 2. 検査結果の説明 3. 入院患者への事前説明 4. 入院患者の診療 5. 手術の説明 6. 緊急患者の診察 7. その他 具体的に記載してください。()					
患者の状況 または特記事項	※通訳の参考となる資料がある場合は添付してください。					

記

- 多文化共生コミュニケーションサポーターが行う通訳及び付随する業務に関して、一般財団法人岡山県国際交流協会又は多文化共生コミュニケーションサポーターに責任を問うことはいたしません。
- 多文化共生コミュニケーションサポーターの個人情報については、患者及び第三者に漏らしません。
- 患者が感染症又は感染症の疑いがあると判断される場合には、多文化共生コミュニケーションサポーターに直ちにその旨を告げ、適切な措置をとります。