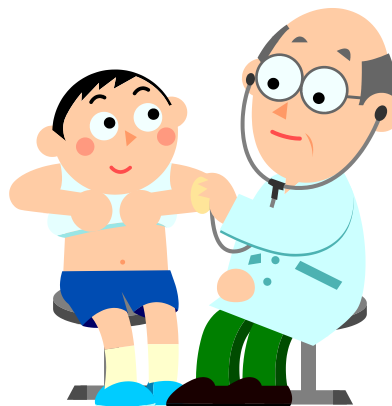


通訳ボランティアを派遣します



一般財団法人岡山県国際交流協会では下記の期間中、学校での外国籍児童・生徒、保護者と学校関係者とのコミュニケーション、行政機関窓口等での外国人と窓口担当者等とのコミュニケーション、医療機関等での医療関係者と外国人患者とのコミュニケーションをサポートする「多文化共生コミュニケーションサポーター」（通訳ボランティア）を派遣します。気軽にお問合せください。

派遣期間：平成30年（2018年）4月9日（月）～平成31年（2019年）3月8日（金）

受付時間：上記期間中の月曜日～土曜日 9:00～17:00の間

※ただし、12月29日～1月3日を除く

依頼対象：県内の学校・教育委員会、行政機関、医療機関等及び県内在住の外国人

活動内容：通訳によるコミュニケーションのサポートを行います。ボランティアによる通訳のため、高い専門性が求められる通訳は対象外とします。翻訳や手続きの代行等を行いません。また、学校での日本語学習・教科学習の支援は含みません。※派遣できるケース等詳細については、お問合せください。

申込方法：「多文化共生コミュニケーションサポーター派遣申請書」（医療機関用）に必要事項を記入のうえ、一般財団法人岡山県国際交流協会へ郵送かファックスで送るか、岡山国際交流センター1階情報コーナーへ直接提出（電話での申請はできません）。派遣申請書をお持ちでない場合は、下記までお問合せください。協会ホームページからもダウンロード可能です。

<http://www.opief.or.jp/>

※派遣希望日の1週間前までに申請書を提出してください。

【申込み・問合せ】

〒700-0026 岡山市北区奉還町2-2-1 岡山国際交流センター内

一般財団法人岡山県国際交流協会 企画情報課

TEL:086-256-2914 FAX:086-256-2489 E-mail:info@opief.or.jp



事前の申込み
が必要です



多文化共生コミュニケーションサポーター派遣申請書

医療機関用

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

申請者 医療機関等名

FAX : 086-256-2489

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	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。