**Kumpirmasyon ng Pagsang-ayon sa Paghanap ng Boluntaryong Medikal na Tagapagsalin**

**Ano ang ahensiya ng HIC sa paghahanap ng boluntaryong medikal na tagapagsalin**

HIC医療通訳ボランティア派遣事業とは

 Ang ahensiya ng HIC sa paghahanap ng boluntaryong medikal na tagapagsalin ay isinasagawa ng Hiroshima International Center (tatawaging [HIC]) sa tulong ng mga medikal na institusyon ng prefecture upang panatag ang kaloobang magamit ng mga taong hindi sapat ang kakayanan sa wikang Hapon ang mga serbisyong pang-medikal at pang-kalusugan.

* Ang mga boluntaryong medikal na tagapagsalin ay nagsanay sa isinasagawa ng HIC na programa ng pagsasanay para sa mga boluntaryo at nakapasa sa pagsusulit ng HIC para sa boluntaryong medikal na tagapagsalin, sila ay may kaalaman at kakayahan bilang tagapagsalin upang maging boluntaryong medikal na tagapagsalin.
* Gagawin ng mga boluntaryong medikal na tagapagsalin ang kanilang makakaya, ngunit kapag kayo ay may pagdududa sa kanilang pagsasalin, o hindi maintindihan ng lubos ang pagsasalin, humingi lamang ng paliwanag hanggang kayo ay masiyahan.
* Ang oras ng gawain ng boluntaryong medikal na tagapagsalin ay nakatakda sa 2 oras.
* Hindi ibubunyag ng boluntaryong medikal na tagapagsalin ang anumang lihim ninyo na nalaman nila sa paggawa ng gawain ng isang tagapagsalin.

 Intindihin lamang ang mga nakasulat sa itaas at kung nais ninyong magpahanap ng boluntaryong medikal na tagapagsalin, basahin lamang ng husto ang hiwalay na Kasulatan ng Pagsang-ayon, lagyan ng ☑ ang mga □ at pirmahan lamang ito, atbp.

 May kasong hindi makakahanap ng boluntaryong medikal na tagapagsalin dahil hindi magtugma ang mga oras, sana maunawaan ninyo ang aming kalagayan. May kaso naman na ang kasarian ng mahahanap na boluntaryong medikal na tagapagsalin ay hindi magtutugma sa hinihiling na kasarian.

 Basahin lamang ng husto ang nakalakip na [Mga Mahalagang Bagay na Dapat Bigyan ng Pansin sa Paghiling na Mabigyan ng Boluntaryong Medikal na Tagapagsalin].

Hiroshima International Center (HIC)

Medikal na Institusyon, atbp ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿\_\_\_\_\_\_\_＿＿＿＿

※各医療機関等で名称をご記入下さい（日本語漢字・かな表記およびローマ字）

Pangalan ng medikal na institusyon, atbp

Para sa ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※各医療機関等で名称をご記入下さい（日本語漢字・かな表記およびローマ字）

**Kasulatan ng Pagsang-ayon**

**同意書**

* Naintindihan ko ang layunin ng ahensiya ng boluntaryong ito, at sumasang-ayon sa ahensiya ng boluntayong medikal na tagapagsalin.

 私はこのボランティア派遣事業の趣旨を理解し，医療通訳ボランティアの派遣に同意します。

* Sumasng-ayon ako na ibigay sa boluntaryong medikal na tagapagsalin, sa institusyong pang-medikal o pang-kalusugan na tatanggap sa trabahong may boluntaryong medikal na tagapagsalin at sa Hiroshima International Center, ang aking mga impormasyon na kailangan sa pagsasalin.

通訳上で必要となる自身の情報を医療通訳ボランティア，関係医療機関等及び公益財団法人ひろしま国際センターに提供することに同意します。

* Kapag may pinsalang nangyari sa pagtanggap ko ng boluntaryong medikal na tagapasalin, hindi ko hihilingin na panagutan ito ng boluntaryong medikal na tagapagsalin, ng institusyong pang-medikal o pang-kalusugan na tatanggap sa trabahong may boluntaryong medikal na tagapagsalin at ng Hiroshima International Center.

医療通訳ボランティアの派遣を受けたことによって生じた損害について，医療通訳ボランティア，受付医療機関等及び公益財団法人ひろしま国際センターの責任を問いません。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ＿＿＿＿＿, 20＿＿

 Buwan（月） Araw（日） Taron（年）

**Ang sumasang-ayon (pasyente, atbp)**

同意者（患者等）

Pangalan

名前 (Isulat sa malinaw na mga letra at pirmahan sa ibabaw)

Saan makokontak

連絡先（原則はFAX又は携帯電話メールアドレス）

FAX

E-mail address sa mobile phone

携帯電話メールアドレス

Saan makokontak kapag walang FAX o e-mail address

FAX又は携帯電話メールアドレスを持たない場合の連絡先

Oras na matatawagan (M~F) Umaga / Hapon 　　:　　 ~ Umaga / Hapon 　　:

連絡可能な時間（平日） 午前・午後 午前・午後

Mobile phone

携帯電話

Landline 　　　　　　　　　　　　　　　　　 ( Bahay / Trabaho )

固定電話 （自宅　・　勤務先）

E-mail address sa computer (PC)

パソコンメールアドレス