**Notification of Confirmation of the Dispatch of Volunteer Medical Interpreter**

医療通訳ボランティア派遣決定通知書

20\_\_\_\_\_年＿＿＿月＿＿日

　　(Year)　　 (Month) 　(Day)

Patient’s Full Name

患者の名前

Mr./Ms.

Name of Medical Institution, etc.

医療機関等　名称（※日本語漢字・かな及びローマ字 等）

Content of notification is as below.

 □ The date(s) and time(s) of the dispatch of a volunteer medical interpreter is as below.

以下の日時に、医療通訳ボランティアを派遣してもらうことになりました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Year 年 | Month 月 | Day 日 | Day of the week 曜日 |
| 20  | January | 1 | July | 7 |  | Mon | 月 |
| February | 2 | August | 8 | Tues | 火 |
| March | 3 | September | 9 | Wed | 水 |
| April | 4 | October | 10 | Thurs | 木 |
| May | 5 | November | 11 | Fri | 金 |
| June | 6 | December | 12 | Sat | 土 |
|  |  |  |  | Sun | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Starting time開始時刻 | Morning (am)午前 |  ：  |
| Afternoon (pm)午後 |

Sex of dispatched medical volunteer □Male □Female

派遣されるボランティアの性別 男 女

□ Unfortunately, the dispatch of a volunteer medical interpreter is not possible on this occasion.

今回は，医療通訳ボランティアを派遣してもらうことができません。

（※一方を削り使用してください。医療通訳ボランティアの派遣がある場合は，必要項目を選択・記入して下さい。）