**派遣医疗翻译志愿者决定通知书**

医療通訳ボランティア派遣決定通知書

20\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者姓名

患者の名前

　　　　　　　　　　　　　　　　先生/女士

医疗机构等 名称

医療機関等　名称（※日本語漢字・かな及びローマ字 等）

通知如下：

□ 决定于下记时间，将派遣医疗翻译志愿者

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年年 | 月月 | 日日 | 星期曜日 |
| 20  | 1月 | 1 | 7月 | 7 |  | 一 | 月 |
| 2月 | 2 | 8月 | 8 | 二 | 火 |
| 3月 | 3 | 9月 | 9 | 三 | 水 |
| 4月 | 4 | 10月 | 10 | 四 | 木 |
| 5月 | 5 | 11月 | 11 | 五 | 金 |
| 6月 | 6 | 12月 | 12 | 六 | 土 |
|  |  |  |  | 日 | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 开始时间開始時刻 | 上午午前 |  ：  |
| 下午午後 |

派遣志愿者性别 □男 □女

派遣されるボランティアの性別

□ 本次无法派遣医疗翻译志愿者。

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。）