**Notipikasyon ng Pasiya sa Pagpadala ng Boluntaryong Medikal na Tagapagsalin**

医療通訳ボランティア派遣決定通知書

20\_\_\_\_\_年＿＿＿月＿＿日

　　(Taon) (Buwan) (Araw)

Pangalan ng pasyente

患者の名前

G. / Gng.

Pangalan ng medikal na institusyon, atbp.

医療機関等　名称（※日本語漢字・かな及びローマ字 等）

Aming ipinapaalam ang mga sumusunod.

□ Magpapadala ng boluntaryong medikal na tagapagsalin sa sumusunod na araw at oras.

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Taon年 | Buwan月 | Araw日 | Araw ng linggo曜日 |
| 20  | Enero | 1 | Hulyo | 7 |  | Lunes | 月 |
| Pebrero | 2 | Agosto | 8 | Martes | 火 |
| Marso | 3 | Setyembre | 9 | Miyerkoles | 水 |
| Abril | 4 | Oktubre | 10 | Huwebes | 木 |
| Mayo | 5 | Nobyembre | 11 | Biyernes | 金 |
| Hunyo | 6 | Disyembre | 12 | Sabado | 土 |
|  |  |  |  | Linggo | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oras ng simula開始時刻 | Umaga午前 |  ：  |
| Hapon午後 |

Kasarian ng ipapadalang boluntaryo □ Lalaki □ Babae

派遣されるボランティアの性別 男 女

□ Hindi makakapagpadala ng boluntaryong medikal na tagapagsalin sa pagkakataong ito.

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。）