**医疗翻译志愿者派遣同意确认书**

**什么是HIC医疗翻译志愿者派遣事业？**

HIC医療通訳ボランティア派遣事業とは

HIC医疗翻译志愿者派遣事业，是由公益财团法人广岛国际中心（以下略称"HIC"）和县内医疗机构等合作，从而使日语不够自如的人可以放心接受医疗和保健服务。

* 医疗翻译志愿者均必须接受HIC举办的志愿者培训课程，通过HIC的医疗翻译志愿者考试，具备着作为医疗翻译志愿者的知识和技能。
* 医疗翻译志愿者将尽最大努力为您翻译，如果您还是对翻译内容抱有疑问，或无法完全理解时，您可以要求重新说明，直到您满意为止。
* 医疗翻译志愿者的服务时间原则上为2小时。
* 医疗翻译志愿者在翻译过程中了解到的您的私人信息不会泄露于他人。

在理解上述内容的基础上，如您有意申请医疗翻译志愿者的派遣，请仔细阅读附页的同意书之后，在方框内打勾☑，并签名。针对派遣医疗翻译志愿者的性别，有可能无法满足您的要求。

如果医疗翻译志愿者时间上不方便，有可能无法派遣，敬请谅解。

请务必阅读另附的《派遣医疗翻译志愿者相关注意事项》。

公益财团法人广岛国际中心（HIC）

医疗机构等 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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）

医疗机构等　名称

致：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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）

同意书

**同意書**

□　本人理解该志愿者派遣事业的宗旨，同意医疗翻译志愿者的派遣。

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。

□　本人同意，在翻译过程中需要将自己的信息提供给医疗翻译志愿者、接受医疗翻译志愿者派遣的医疗保健机构，和公益财团法人广岛国际中心。

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。

□　有关因接受医疗翻译志愿者的派遣服务而带来的损失，医疗翻译志愿者、接受医疗翻译志愿者派遣的医疗保健机构，和公益财团法人广岛国际中心将概不负责。

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\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**同意人（患者等）**

同意者（患者等）

姓名

名前 （请用正楷填写，不要用草书）

联系方式（原则上使用传真或手机电子邮箱）

連絡先（原則はFAX又は携帯電話メールアドレス）

传真

FAX

手机电子邮箱地址

携帯電話メールアドレス

如传真或手机电子邮箱均不具备，联系方式如下：

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

方便联系时间（平日）上午/下午　　：　　～ 上午/下午　　：

連絡可能な時間（平日）　　午前・午後　　　　　　　　 午前・午後

手机

携帯電話

座机　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住宅/工作单位）

固定電話 （自宅　・　勤務先）

电脑电子邮箱地址

パソコンメールアドレス