様式４

医療通訳ボランティア派遣同意書確認書

医療通訳ボランティア派遣同意確認書

**HIC医療通訳ボランティア派遣事業とは**

HIC医療通訳ボランティア派遣事業は，日本語が不自由な方が，安心して医療・保健サービスを受けることができるよう，公益財団法人ひろしま国際センター（以下「HIC」という。）及び県内の医療機関等が連携して実施するものです。

* 医療通訳ボランティアは，HICの実施するボランティア養成研修を受講し，HICの医療通訳ボランティア選考に合格しており，医療通訳ボランティアとしての知識や通訳技術を持っています。
* 医療通訳ボランティアは，あなたの通訳について最善を尽くしますが，もし，あなたが，通訳の内容に疑問を持ったり，十分理解できない場合があったりする場合は，納得できるまで説明を求めてください。
* 医療通訳ボランティアの活動時間は２時間を基本とします。
* 医療通訳ボランティアは，通訳活動上知り得たあなたの秘密を漏らすことはありません。

上記の内容をご理解いただき，あなたが医療通訳ボランティアの派遣を希望される場合は，別紙の同意書をよく読み，□欄に☑するとともに，署名等の記入をお願いします。

なお，医療通訳ボランティアの都合がつかず，派遣できない場合もございますので，ご了承ください。派遣される医療通訳ボランティアの性別は，希望に添えないことがあります。

また，別添の「医療通訳ボランティア派遣に関する注意事項」を必ずお読みください。

公益財団法人ひろしま国際センター（HIC）

医療機関等 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※各医療機関等で名称をご記入下さい

様式４(別紙)

医療通訳ボランティア派遣同意書確認書

医療機関等　名称

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　宛

※各医療機関等で名称をご記入下さい

同意書

□　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。

□　通訳の際必要な自身の情報を，医療通訳ボランティア，医療通訳ボランティアの派遣を受ける医療・保健機関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。

□　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，医療通訳ボランティアの派遣を受ける医療・保健機関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＿＿

**同意者（患者等）**

名前

 （楷書/ブロック体で記入、および署名）

連絡先（原則はFAX又は携帯電話メールアドレス）

FAX

携帯電話メールアドレス

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

連絡可能な時間（平日）午前／午後　　：　　 ～ 午前／午後　　：

携帯電話

固定電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自宅 /　勤務）

パソコンメールアドレス