様式４

**Documento para confirmação do termo de consentimento para o envio de intérprete médico voluntário**

**O que é o programa para envio de intérprete médico voluntário do HIC?**

HIC医療通訳ボランティア派遣事業とは

O programa para envio de intérprete médico voluntário do Centro Internacional de Hiroshima (HIC) é realizado através da colaboração entre o HIC e instituições médicas da província, entre outras, para que as pessoas que não dominam o idioma japonês possam receber os serviços médicos e de saúde com tranquilidade.

* O intérprete médico voluntário é uma pessoa que participou do treinamento para formação de voluntários do HIC, sendo aprovado na seleção de intérpretes médicos voluntários do HIC e possui conhecimentos e habilidades de interpretação para atuar como tal.
* O intérprete médico voluntário fará o possível para interpretá-lo, porém se você tiver alguma dúvida ou não entender o suficiente sobre o conteúdo da interpretação, por favor, peça para que seja explicado até compreender.
* O tempo de atividade do intérprete médico voluntário é basicamente de 2 horas.
* O intérprete médico voluntário manterá o sigilo das suas informações, obtidas através da atuação como intérprete.

Solicitamos sua compreensão sobre o conteúdo acima e caso você deseje que o intérprete médico voluntário seja enviado, por favor, leia atentamente o termo de consentimento anexo, marque com ☑, assine e preencha os respectivos campos.

Ainda, esteja ciente de que há casos em que não será possível enviar o intérprete médico voluntário, conforme a sua disponibilidade. Quanto ao sexo do intérprete médico voluntário, por vezes não será possível atender à sua preferência.

Além disso, leia sem falta as "Precauções referentes ao envio do intérprete médico voluntário" anexo.

Centro Internacional de Hiroshima (HIC)

Instituição médica, etc. ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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

Nome da instituição médica, etc.

A/C ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※各医療機関等で名称をご記入下さい

**Termo de consentimento**

**同意書**

🞏 Compreendi o propósito deste programa de envio de intérprete médico voluntário e estou de acordo que ele seja enviado.

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。

🞏 No momento da interpretação, concordo em fornecer as informações necessárias sobre mim para o intérprete médico voluntário, para a instituição médica e de saúde que receberá o voluntário enviado e para o Centro Internacional de Hiroshima.

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。

🞏 Quanto aos danos causados pelo envio do intérprete médico voluntário, não responsabilizarei o respectivo intérprete, a instituição médica e de saúde que receberá o voluntário enviado e nem o Centro Internacional de Hiroshima.

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。

de , 20

**Pessoa que consente (paciente, etc.)**

**同意者（患者等）**

Nome

名前 (Escreva seu nome em letras de forma maiúsculas e assine)

Contato (a princípio, FAX ou endereço de e-mail do telefone celular)

連絡先（原則はFAX又は携帯電話メールアドレス）

FAX

Endereço de e-mail do telefone celular

携帯電話メールアドレス

Contato caso não possua FAX ou endereço de e-mail do telefone celular

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

Horário disponível para contato (dias úteis) manhã/tarde h - manhã/tarde h

連絡可能な時間（平日） 午前／午後 午前／午後

Telefone celular

携帯電話

Telefone fixo (residencial/trabalho)

固定電話 （自宅 /　勤務）

Endereço de e-mail do computador

パソコンメールアドレス