**Những điểm cần chú ý về phái cử tình nguyện viên thông dịch y tế**

**1 Việc liên lạc về nội dung của quyết định phái cử tình nguyện viên thông dịch y tế**

**医療通訳ボランティア派遣の決定の内容の連絡について**

Chúng tôi sẽ xét xem có thể phái cử thông dịch viên đến địa chỉ liên lạc được ghi trên giấy đồng ý hay không, trường hợp có thể phái cử, chúng tôi sắp xếp ngày giờ phái cử và liên lạc đến quí vị từ cơ quan y tế v.v.

Chúng tôi sẽ liên lạc bằng FAX đến địa chỉ liên lạc (Trong trường hợp nơi liên lạc không có FAX, thì liên lạc đến địa chỉ mail của điện thoại di động). Trong trường hợp không có FAX lẫn địa chỉ mail, chúng tôi sẽ liên lạc đến điện thoại di động v.v.

Trong trường hợp không có liên lạc từ cơ quan y tế v.v. cho đến trước ngày có nguyện vọng phái cử thì mong quí vị hỏi nơi liên hệ như ghi dưới đây.

**2 Trong trường hợp hủy yêu cầu phái cử tình nguyện viên thông dịch y tế**

**医療通訳ボランティア派遣を取り消しされる場合について**

Sau khi nhận được liên lạc từ cơ quan y tế về việc có thể có thể phái cử tình nguyện viên thông dịch y tế nhưng trong trường hợp vì lý do bất đắc dĩ phải hủy yêu cầu phái cử tình nguyện viên thông dịch y tế, xin hãy liên hệ bằng điện thoại đến địa chỉ liên lạc như ghi dưới đây.

Trường hợp người phụ trách vắng mặt, xin hãy liên hệ qua E-mail. Trường hợp liên hệ qua E-mail, xin hãy ghi tựa đề là [CANCEL Tên của quí vị (bằng Romaji=tiếng Việt không có dấu)], và trong nội dung mail thì hãy giải thích lý do hủy.

Trong trường hợp hủy mà không liên lạc trước 3:00 chiều của ngày hôm trước ngày dự định phái cử tình nguyện viên thông dịch y tế, cũng có khi quí vị phải trả phí.

Hơn nữa, trường hợp hủy mà không liên lạc trước, sau này chúng tôi sẽ không phái cử tình nguyện viên thông dịch y tế cho quí vị nữa.

**Địa chỉ liên lạc**

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| Tên cơ quan y tế v.v.  医療機関等の名称 |  |
| Người phụ trách  担当者 |  |
| Điện thoại  電話 |  |
| E-mail  メールアドレス |  |

　　　\* Trường hợp liên lạc qua điện thoại, nếu có thể được xin cố gắng liên lạc bằng tiếng Nhật

　　　　電話により連絡する場合は，なるべく日本語でお願いします。

**(Nội qui hoạt động của tình nguyện viên thông dịch y tế : Trích dẫn từ qui định sử dụng)**

（医療通訳ボランティアの活動ルール　～利用規程から抜粋～）

|  |
| --- |
| 〇 Tình nguyện viên thông dịch y tế cũng như cơ quan y tế v.v. không được cho cho bệnh nhân v.v. biết tên và địa chỉ liên lạc của tình nguyện viên thông dịch y tế.  医療通訳ボランティア及び医療機関等は，患者さん等に対して，医療通訳ボランティアの名前及び連絡先を伝えません。  〇 Tình nguyện viên thông dịch y tế không được làm những việc không liên quan gì đến hoạt động thông dịch y tế tình nguyện cũng như không được đáp ứng những yêu cầu mang tính cá nhân của bệnh nhân v.v.  医療通訳ボランティアは，医療通訳のボランティア活動と関係のないこと及び患者さん等の個人的な依頼については，対応できません。 |