第２号様式（第8条関係）

**医療通訳ボランティア登録者紹介依頼書**

提出日　平成　　年　　月　　日

（公財）沖縄県国際交流・人材育成財団

理事長　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼者　団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

#  担　当　者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

下記のとおり、貴財団医療通訳ボランティア登録者の紹介を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通訳を必要とする者 | ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ |  | 性　別 | 年 　齢 | 国 　籍 |
| 氏 　名 |  | 男・女 | 歳 |  |
| 住 　所 | 〒 | 最寄りバス停 |  |
| 電　　話 |  |
| 派　遣　の　内　容　 | 依 頼 日 | 　　　　　　平成　　　年 　月　 　 日（　　　） |
| 時 　間 | 時　 　分　　から　　　時　　　分まで（　　　　時間　　　　分） |
| 通訳場所 |  |
| （上記住所） | 〒 | 最寄りバス停 |  |
| 通訳言語 |  |
| 状況及び通訳内容（詳細に） |  |
| その他 |  |

《注意事項》

* 政治・宗教・営利を目的とした依頼は受付けできません。
* ボランティアの通訳スキルのレベルチェックは行っていませんので、あらかじめご了承ください。
* 交通費は依頼者または通訳対象者の負担となります。「財団医療通訳ボランティア事業実施要領第10条」に基づき、直接ボランティアにお支払いください。

　※　医療通訳ボランティアが行う通訳については、医療上、司法上の責任は問われません。

|  |
| --- |
|  |
| ボランティアの決定 | 課　長 | 主　任 | 担　当 |
| ボランティアを　　　　　　　　　　　　□　紹介する　　□　紹介しない |  |  |  |
| ふりがな　 |  | 期　生 | 性　別 | 年　齢 |
| ボランティア氏　名 |  |  | 男・女 | 　　　　歳 |