

「医療機関等における電話及びタブレットによる医療通訳 試行サービス」 利用登録・貸出し申込書

20 年 月 日

(宛先)岩手県国際交流協会事務局長 様

利用登録・貸出し申込

医療機関・団体等名	
住所等	
連絡担当者 氏 名	
連絡担当者 電話番号	()
連絡担当者 メールアドレス	
上記電話番号以外で通訳依頼をされる際の電話番号	() () ()

※記入いただいた個人情報は、当該事業以外の目的には利用いたしません。また、第三者への提供・開示もいたしません。

試行期間 令和2年6月26日から令和3年2月28日まで

「医療機関等における電話及びタブレットによる医療通訳 試行サービス」の利用について同意し、上記内容により利用登録を申し込みます。

令和 年 月 日

医療機関・団体名 _____

代 表 者 名 _____

高度な医療知識を要する、難易度が高いと判断する場合、電話に出た通訳者がお断りさせていただく場合もございます。その際は、メディフォン(株)事務局にお電話いただければ、適切な通訳を実施するため、ご依頼内容に応じた通訳者におつなぎいたします。また、書面での説明・同意、画像を見ながらの説明など電話での通訳に適していない内容に関しては、通訳をお断りすることがあります。

タブレットを利用したいので次のとおり貸出し申込します。

なお、次の注意点について順守します。(確認し、☑をしてください。)

- ソフトの追加・変更・削除はしないこと。
- 利用目的以外の用途では利用しないこと。
- 盗難を防ぐために必ず有人対応とすること。
- 水などに注意し使用すること。
- 利用において落下しないように十分に注意すること。
- 専門性の高い内容については、全てにおいて通訳できないこともあります。
- 通訳者のサインや証明などは対象外となります。

貸出期間 20 年 月 日 ~ 月 日

お貸出しするタブレットは1台です。診療等ご利用になられる日と送付の期間を含め概ね3日から5日程度でお願いします。

事務局記入欄

貸出日	20 年 月 日	確認者印		タブレット <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し	受付・備考
返却日	20 年 月 日	確認者印		<input type="checkbox"/> MELON <input type="checkbox"/> MPhone	