



い りょう つう やく

は けん い らい しょ

医療通訳ボランティア派遣依頼書

Volunteer Medical Interpreter Request Form

医疗翻译志愿者派遣委托书

Kahilingang Boluntaryong Medical Interpreter Form



利用規約

こちらを必ずお読みください。

- ① 医療通訳ボランティアは、依頼書に記載されている内容以外の事は基本的にに行いません。
- ② 症状が重篤な場合や重要な告知、トラブルに関する通訳はできません。
- ③ 待ち合わせ時間を30分過ぎても、依頼者または相手方が現れない場合は、依頼受理を取り消します。
- ④ 依頼者は、医療通訳ボランティアが通訳を終えた後、報告書を提出してください。所定の様式があります。
- ⑤ 対応できない通訳言語や診療日直前の依頼など、派遣できない場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- ⑥ 医療通訳に関し、依頼者または相手方に万が一、不利益や損害が生じたとしても、(公財)鳥取県国際交流財団および医療通訳ボランティアは一切の法的責任を負いません。
- ⑦ 医療通訳ボランティアは、通訳の際に知り得た個人情報を通訳の目的以外に使用することはありません。

Terms and Conditions

Read Carefully.

- Volunteer medical interpreters are generally not expected to perform any duties not stipulated in the request form.
- Interpreters cannot provide emergency notification in cases of serious or life-threatening illness. TPIEF reserves the right to refuse interpreter services at our discretion.
- Appointments are considered to be cancelled when either party fails to arrive within 30 minutes following scheduled time.
- Please submit an information sheet following the appointment with your interpreter. The form will be provided.
- Please be advised that we may not be able to oblige requests for all languages or for next-day appointments.
- Neither TPIEF nor its interpreters assume any legal obligation or liability in cases of profit or loss accrued either by the client or any party to communication during interpreting.
- Any information obtained during the course of interpreting will not be used for any purposes outside interpretation itself.

利用規章

请务必阅读利用规章

- 医疗翻译志愿者原则上只翻译依赖书上记载的内容。
- 医疗翻译志愿者不能从事有关垂危病人，重大告知及纠纷时的翻译。
- 在约定等候的时间超过 30 分钟，依赖者或者患者尚未出现时，将取消依赖受理。
- 依赖者在医疗翻译志愿者翻译结束后，要提交报告书，有固定格式的报告书。
- 对不能对应的语种以及就诊当天的临时依赖，有可能发生无法派遣的情况，请周知。
- 医疗翻译志愿者在从事翻译过程中，即使万一造成依赖者不利的情况下，鸟取县国际交流财团以及医疗翻译志愿者本人不承担任何法律责任。
- 医疗翻译志愿者不会将翻译时所得到的个人情报，用于翻译目的以外的地方。

Mga tuntunin at kondisyon

Kinakailangang basahing mabuti.

- Boluntaryong medikal na tagapagsalin ay karaniwang gumaganap ng hindi inaabhang anumang tungkulin na hindi nakasaad sa kahilingang form.
- Mga tagapagsalin ay hindi maaaring magbigay ng pang-emergency na abiso sa mga kasong malubha o makamamatay na sakit. At sa problema tungkol sa pera ang TPIEF ay hindi nag bibigay ng suporta.
- Itinuturing na ikakansela ang mga appointment kapag nabigo ang alinmang partido na dumating sa sumusunod na naka-iskedyul na oras sa loob ng 30 minuto.
- Mangyaring magsumite ng isang sheet impormasyon ng pagsunod sa mga appointment sa iyong tagpagsalin. Form ay ipagkakalooob.
- Mangyaring maabisuhan na hindi naming maaaring pilitin ang hindi magagawang mga kahilingan para sa lahat ng mga wika o para sa susunod na araw na tipanan.
- Maging TPIEF o tagapagsalin ipagpalagay nitong anumang legal na obligasyon o pananagutan sa mga benepisyoso pagkawalang naipon alinman sa pamamagitan ng mga kliyente o sa anumang partido sa komunikasyon sa panahon ng pagbibigay-kahulugan.
- Anumang impormasyon na nakuha sapanahon ng kaaralang pagbibigay-kahulugan ay hindi gagamitin para sa anumang layunin sa labas mismong interpretasyon.



医療通訳ボランティア派遣依頼書

Volunteer Medical Interpreter Request Form / 医疗翻译志愿者派遣委托书 / Kahilingang Boluntaryong Medical Interpreter Form

依頼書は財団ホームページからダウンロードできます。 Request form is available for download at our home page.

依頼書可从财团网页下载。Form ng Kahilingan ay magagamit para sa pag-download sa aming home page.

<http://www.torisakyu.or.jp>

この医療通訳ボランティア派遣依頼書の利用規約に同意し、下記内容により通訳ボランティアの派遣を依頼します。

Signing and dating this form below indicates compliance with the terms and conditions of our volunteer interpreting system. 同意医疗翻译志愿者派遣委托书上所记载的使用条约，并依照下记所记载的内容委托请派医疗翻译志愿者。

Paglagda at pag-lagay ng petsa sa form na ito sa ibaba ay nagpapahiwatig ng pagsunod sa nga tuntunin at kundisyon ng aming mga sistemang boluntaryong interprete.

日付／Date／日期／Petsa

署名／Signature／Lagda

依頼者 Name 姓名 Pangalan			
住所 Address 住址 Tirahan	〒 —		
TEL Telefono	() —	FAX	() —
携帯／Cell phone ／手机		E-mail	
患者名 Patient Pasyente		生年月日 Date of Birth Kapanganakan	/ /
国籍 Nationality Nasyonalidad		性別 Sex／kasarian	男・女 (M／lalaki)・(F／babae)
派遣の希望 Request 希望派遣的时间, 地点 Kahilingan	日時 Date 日期 Araw, Oras	年 (Y／Taon) _____ 月 (M／Buwan) _____ 日 (D／Araw) (_____) ：～：	
	場所 Place name 地点 Pangalan ng lugar		
	待ち合わせ場所 Meeting place 会面的地点 Huntahan	<input type="checkbox"/> 総合受付の待合所／main reception counter／综合挂号等候处／Prinsipal na pagtanggap ng salungatin <input type="checkbox"/> 受診科の待合所／department reception counter／受诊科的待诊处／Departamento ng pagtanggap ng salungatin <input type="checkbox"/> その他／other／其它／At iba pa ()	
	通訳言語 Language 翻译语言 Lengguwahe	<input type="checkbox"/> 英語／English／英语／Ingles <input type="checkbox"/> 中国語／Chinese／中国语／Intsik <input type="checkbox"/> タガログ語／Tagalog／タガログ语／Tagalog <input type="checkbox"/> その他／other／其它／At iba pa ()	
	通訳内容 Type of service 翻译的内容 Uri ng Serbisyo	<input type="checkbox"/> 健診／health check up／健康检查／Pagsusuri sa kalusugan <input type="checkbox"/> 診察／consultation · treatment／诊疗／paggagamot <input type="checkbox"/> その他／other／其它／At iba pa ()	
具体的な内容 Details／具体的内容 Mga Detalye			

※ご提供いただいた個人情報は、この医療通訳ボランティア派遣事業の目的以外で使用することはありません。

Personal information will not be used for purposes beyond those essential for successful completion of interpreting.

你所提供的个人情报，不会在医疗翻译志愿者派遣事业以外的地方上使用。

2018.5 改正版

Personal na impormasyon ay hindi gagamitin para sa mga layunin na lampas sa mga pangunahing bagay para sa matagumpay na pagkumpleto ng interpret.