様式４－２

医療通訳ボランティア派遣に関する注意事項

医療通訳ボランティア派遣に関する注意事項

**１　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**

医療機関等から，同意書に記載されました連絡先に派遣できるかどうか，派遣できる場合は派遣の日時もあわせて連絡いたします。

連絡先は，FAX（FAXがない場合は，携帯電話メールアドレス）あてに連絡いたします。FAXも携帯メールアドレスもない場合は，携帯電話等に連絡いたします。

派遣希望日の前日まで医療機関等から連絡がない場合は，お手数ですが，下記の連絡先にお問い合わせ願います。

**２　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**

医療機関等から医療通訳ボランティア派遣ができる旨の連絡を受けた後，やむを得ず，医療通訳ボランティア派遣を取り消しされる場合は，速やかに，下記の連絡先あてに電話によりご連絡ください。

担当者が不在の場合は，電子メールで連絡してください。電子メールで連絡される場合は，件名に「CANCEL 　あなたの名前（ローマ字。ただし，中国語はローマ字を記載しない。）」を記載し，メール本文に取り消しの理由を明記してください。

医療通訳ボランティア派遣予定日の前日午後３時までに連絡がなくキャンセルされた場合には，費用負担をしていただく場合があります。

なお，事前に連絡をされずに，取り消しをされた場合は，以後，医療通訳ボランティア派遣はいたしません。

 **連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等の名称 |  |
| 担当者 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

　　　※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。

**（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　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　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。 |