

医療通訳ボランティア	
番号	

医療通訳ボランティア登録用紙

フリガナ							
名前							
移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車(自分専用) <input type="checkbox"/> 自家用車(家族共有) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(最寄駅)						
活動可能な曜日・時間							
時間帯	曜日						
	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
夜間							
★活動できる時間帯に○をつけてください。							
使用可能言語について							
言語	資格・学習歴	医療通訳経験	年間通訳件数	レベル(養成講座結果)			
(例) 英語	・TOEIC 900 ・〇〇外国語大学 英語学科卒業	0件	なし	A			
医療通訳活動経験							
○これまで通訳したことのある医療機関							
○これまで行なった医療通訳の種類(該当するものすべてにチェック)							
<input type="checkbox"/> 通常の外来診療 <input type="checkbox"/> 入院患者の診療 <input type="checkbox"/> 検査結果の説明 <input type="checkbox"/> 手術の説明、付き添い <input type="checkbox"/> がん等の告知 <input type="checkbox"/> 救急患者の診療 <input type="checkbox"/> その他()							
事務局記入欄							