|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療相談における多言語電話通訳登録票** | | | | | |
| 医療機関名 | | フリガナ | | | |
| 印 | | | |
|
| ご住所 | | フリガナ | | | |
|  | | | |
|
| ＴＥＬ | |  | FAX | |  |
|
| ご担当者 | | フリガナ： | E-Mail | |  |
| 氏名： |
| **発信予定電話番号（通訳依頼発信の可能性のある電話番号を全てご記入ください）** | | | | | |
|
| No. | 部署・診療科・業務名等 | | | 電話番号 | |
| 例 | ○○科・受付 | | | 0123456789 | |
| 1 |  | | |  | |
| 2 |  | | |  | |
| 3 |  | | |  | |
| 4 |  | | |  | |
| 5 |  | | |  | |
| 6 |  | | |  | |
| 7 |  | | |  | |
| 8 |  | | |  | |
| 9 |  | | |  | |
| 10 |  | | |  | |

**【医療機関向け】**

ご利用の際、スムーズにサービスを提供させていただくため、通訳依頼される可能性のある全ての電話番号を事前にご登録いただくようお願いいたします。

●登録票にご記入のうえ、以下の送信先へFAXまたはE-mailで送信ください。

●電話通訳を利用する全ての電話番号をご記入ください。

●登録完了後に、ご担当者様へ「登録完了報告」のお電話又はメールを差し上げます。

●本登録票により取得した個人情報は、「医療相談における多言語電話通訳」に関連した事由にのみ使用します。

**送信先： (公財) 佐賀県国際協会　FAX: 0952-26-2055 E-mail: info@spira.or.jp**