

様式1 医療通訳者派遣申請書【兼 実施報告・評価票】

平成 年 月 日

群馬の医療と言語文化を考える会事務局あて

所在地（住所）

機関名（氏名）

下記のとおり、派遣を申請します。

日 時	予定	年	月	日（ ）	時	分～	時	分まで
	実績	年	月	日（ ）	時	分～	時	分まで
派遣先病院名・診療科 又は施設名								
派遣を希望する施設所在地								
希望言語								
通訳内容 ※病名や症状、当日通訳 する内容など詳しく記載 してください。	外来（初診・再診・検査結果説明・その他） 入院患者（診察・検査結果説明・その他） 検査（説明・実施付き添い・その他） 手術（術前説明・麻酔説明・術後説明・その他） 病名（ ） 救急 その他							
通訳希望者(患者)氏名				国籍・年令・性別				
派遣費用の支払者	患者	円・病院	円	在留カードの有無	有・無			
担当者連絡先	課・係			氏名				
	電話				FAX			
その他特記事項（特に事前に連絡したいことがあればご記入ください）								
次回通訳予約	月	日（ ）	時	分～	時	分		
診療科	内容							
予定通訳者名	（都合確認済み、都合未定）							

【 通訳者・コーディネーター評価票 】

通訳者の態度： 良い やや良い やや悪い 悪い

通訳者言語力： 良い やや良い やや悪い 悪い

通訳者医学理解度： 良い やや良い やや悪い 悪い

通訳者に対する信頼感： 安心できる やや不安 不安

コーディネーターの態度： 良い やや良い やや悪い 悪い

コーディネートの段取り： 良い やや良い やや悪い 悪い

その他（ ）

※群馬の医療と言語・文化を考える会（MIG）事務局へご連絡ください。

派遣申請：FAX（027-289-2441）及び電話（027-289-2440）、実績報告：電話