

医療通訳派遣同意書

私は、私の治療に必要な診察、検査、インフォームド・コンセント等において、以下の条項を了解した上で、「あいち医療通訳システム」による医療通訳者の派遣に同意します。

<同意事項>

- 1 医療通訳者の派遣に係る利用料（日常通訳料 3,000 円、高度通訳料 5,000 円、別途交通費）の2分の1を治療費とともに支払うこと。
*ただし、利用時間が2時間を超えた場合、1時間毎に通訳料の4分の1を加算。
- 2 キャンセルする場合は、前日の午後5時までに医療機関へ連絡すること。
- 3 私の都合により、前日の午後5時までに連絡せずにキャンセルした場合には、利用料の全額を支払うこと。
- 4 医療通訳者には通訳のみを依頼し、個人的な相談等は依頼しないこと。
- 5 万が一、通訳過誤があっても、医療機関、通訳者、あいち医療通訳システム推進協議会（各会員を含む。）に対して損害賠償を請求しないこと。
- 6 あいち医療通訳システムを運営する上で必要となる性別、年代、居住地（市町村レベル）や適確に通訳をする上で必要となる病状等の情報を事務局に報告すること。
*氏名は報告しません。また、この情報は上記の目的以外には使用しません。

年 月 日

氏名：

印または署名

Medical Interpreter Dispatch Agreement

I agree with all items as prescribed below in essential for my medical treatment, check-up and informed consent etc. in accordance with medical interpreter dispatch service of "Aichi Medical Interpretation System".

<Agreement Items>

- 1 I will pay Half of the fee for dispatching a medical interpreter will be paid along with the medical expenses.
*However, if the usage time exceeds two hours, one-fourth of the interpretation fee will be added for each additional hour.
- 2 In case of cancelation, I will contact to medical institution by 5pm of the previous day.
- 3 I will pay full fee in case of cancelation due to some of my personal reason without any contact before 5pm of the previous day.
- 4 I will only entrust an interpreter for interpretation and not for any personal consultation.
- 5 I will not claim for any compensation to the medical institution, interpreter and promotional group of Aichi medical interpretation system (each member included) in case of any misinterpretation.
- 6 I will inform the organization about my gender, age, residential address (municipal level) and other essential medical information required by an interpreter and necessary to operate the system of the Aichi Medical Interpreter.
*name will not be reported. Also, all this information will not be used for any other purpose except the purpose written above.

Date (MM DD YY):

Full Name:

Seal or Sign