

通訳ボランティア登録シート

* 印の項目は記入不要

* 平成 年 月 日受付

* 登録番号 ()

ふりがな		性別	男	女
氏名		生年月日	19 年 月 日	生 () 歳
母語				
住所	〒			
電話番号		FAX		
携帯電話など その他連絡先				
メールアドレス				
たいおうかのうげんご 対応可能言語				
しかく かいがいたいざいれき 資格、海外滞在歴、 がくしゅうりれき 学習履歴など				
せんもん 専門または とくいぶんや りょういき 得意分野・領域				
つうやくじっせき 通訳実績	医療通訳の実績 (活動した診療科、頻度も記入してください) ・ その他の実績 (具体的な内容、頻度も記入してください)			
かつどうきぼうびょういん 活動希望病院	※活動を希望される病院の番号に○印を付けてください。(複数選択可) 1 大阪急性期・総合医療センター (旧 急性期・総合医療センター) [住吉区] 2 大阪はびきの医療センター (旧 呼吸器・アレルギー医療センター) [羽曳野市] 3 大阪精神医療センター (旧 精神医療センター) [枚方市] 4 大阪国際がんセンター (旧 成人病センター) [中央区] 5 大阪母子医療センター (旧 母子保健総合医療センター) [和泉市]			
※ 別紙の参考資料に 各病院の概要を 掲載しています。				
かつどうかのうじかんだい 活動可能時間帯	※活動可能な曜日・時間帯に○印を付けてください。(時間指定がある場合は時間を記入) ※原則として、土・日・祝日および夜間の活動はありません。 曜日 : 月 火 水 木 金 時間 : 午前 午後 (時間指定 : 時から 時まで)			