

通訳ボランティア登録シート

* 印の項目は記入不要

* 令和 年 月 日受付

* 登録番号 ()

| | | | | | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-------|---------|
| ふりがな | | | 性別 | 男 | 女 |
| 氏名 | | | 生年月日 | 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 | | | | | |
| 対応可能言語 | | | | | |
| 資格、海外滞在歴、 学習履歴など | | | | | |
| 専門または 得意分野・領域 | | | | | |
| 通訳実績 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) | | | | |
| 活動希望病院 | <p>※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)</p> <ol style="list-style-type: none"> 大阪急性期・総合医療センター〔住吉区〕 大阪はびきの医療センター〔羽曳野市〕 大阪精神医療センター〔枚方市〕 大阪国際がんセンター〔中央区〕 大阪母子医療センター〔和泉市〕 | | | | |
| 活動可能時間帯 | <p>※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)</p> <p>※原則として、土・日・祝日および夜間の活動はありません。</p> <p>曜日： 月 火 水 木 金</p> <p>時間： 午前 午後 (時間指定： 時から 時まで)</p> | | | | |