

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		対応可能言語	
住所	〒 -		
電話番号		携帯電話など その他連絡先	
FAX		メールアドレス	
適格請求書発行者の登録を受けている個人事業主ですか？	はい・いいえ	(「はい」の方のみ) 適格請求書発行事業者登録番号 を記入してください 〒	
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	・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	※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〔住吉区〕 2 大阪はびきの医療センター〔羽曳野市〕 3 大阪精神医療センター〔枚方市〕 4 大阪国際がんセンター〔中央区〕 5 大阪母子医療センター〔和泉市〕		
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)		

※インボイス制度の導入(令和5年10月1日から)に伴い、「適格請求書発行事業者」の登録を受けている個人事業主の方が、当法人の通訳ボランティア活動をされた際、そのお支払いにあたり、「適格請求書」を当法人に発行していただく必要があります。