

## 三重県電話医療通訳サービス利用登録書

医療機関名			
郵便番号			
所在地			
担当者連絡先電話番号		FAX番号	
担当者所属			
担当者役職・氏名			
担当者連絡先メールアドレス			
上記電話番号以外で通訳依頼を される際の電話番号 ※複数電話番号登録可 ※行が足りない場合は適宜追加 して下さい。			

※ご記入いただいたお名前・メールアドレス等の個人情報は、県が行う「電話医療通訳サービス」に係る業務以外の目的には利用いたしません。また、法令に基づく場合を除き、第三者への提供・開示もいたしません。

※「三重県電話医療通訳サービス利用規程」にあるとおり、通訳過誤等について、三重県及び電話医療通訳サービス業務受託事業者は賠償の責任を負いません。

※利用登録が完了しましたら、その旨ご連絡致します。

**「三重県電話医療通訳サービス利用規程」に同意し、  
上記内容により利用登録を希望します。**

三重県電話医療通訳サービス受託業者 殿

令和 年 月 日

(医療機関名)

(代表者名)

㊞

(利用登録書送付先)

三重県電話医療通訳サービス受託業者：(公財)三重県国際交流財団

担 当：上原、宇藤

電話番号：059-223-5006 FAX番号：059-223-5007