

医療通訳業務承諾書

私は、公益財団法人静岡県国際交流協会の紹介を受け、貴院より、以下の条項に基づき医療現場における日本語と外国語の通訳（以下、「医療通訳」という。）業務を遂行することを承諾します。

（通訳言語、対応時間及び通訳料等）

第1条 通訳言語、対応時間及び通訳料等については、次のとおりとします。

通 訳 言 語：

対 応 時 間：対応が可能な時間帯は、原則として、午前9時から午後5時まで

対象通訳事項：日常的な診療・検査に対する通訳

通 訳 料：1回 3,000円（2時間まで） 1時間延長毎 1,500円

交 通 費：実費相当額

（事前準備）

第2条 医療通訳の実施に先立ち、貴院の窓口担当者、患者及び私との三者で打ち合わせを行い、医療通訳実施の手順や通訳料の支払い等、詳細な事項について確認します。

（免責条項）

第3条 私は、貴院における医療行為の補助者として、誠実に通訳を行いますが、万一、通訳過誤があった場合でも賠償責任を負いません。

（秘密保持）

第4条 医療通訳業務を実施した際に知り得た患者及び病院に関する情報については秘密を保持し、予めの貴院及び患者の同意がない限り、第三者に対し、開示又は漏洩しないことを約束します。

（遂行期間）

第5条 本承諾書による医療通訳業務の遂行期間は、平成30年4月1日から平成31年3月31日までとし、いずれかの当事者から終了の申出がない限り、1年間延長し、その後も同様とします。いずれの当事者も、任意の時期に業務を終了させることができるものとしますが、それにより、既に予定している医療通訳業務に支障を生じさせないようにするものとします。

（協議）

第6条 本承諾書に定めのない事項については、その都度、貴院との協議の上、決定するものとします。

年 月 日

病院

殿

住所
氏名

印