

静岡県医療通訳事業利用同意書

「静岡県医療通訳事業利用規程」を読み、利用規程の内容について同意します。

平成 年 月 日

(医療機関等名)

(代表者名)

印

医療機関等	(住所)	〒	—
	(名称)		
御担当者名	(所属)		
	(職氏名)		
連絡先	(TEL)		
	(E-Mail)		
	(FAX)		

郵送先：公益財団法人 静岡県国際交流協会

住所 〒422-8067静岡県駿河区南町14番1号 水の森ビル2階

E-mail info@sir.or.jp

TEL/FAX 054-202-3411 / 054-202-0932