　　　医療機関･薬局名　　　御中

**医療通訳サービスに伴う通訳についての同意書**

私は、　医療機関･薬局名　が依頼した株式会社東和エンジニアリングが提供する医療通訳サービス（以下「本通訳サービス」）を受けるにあたり、下記の事項を理解し、その内容に同意します。

1. 本通訳サービスの対象は、大阪府多言語遠隔医療通訳サービス利用規程に基づく業務に限られること。
2. 本通訳サービスの品質向上を目的として、株式会社東和エンジニアリングが医療従事者等との会話を録音し、その内容を、外部機関による通訳内容の検証等に利用すること、また、録音内容を最大6ヵ月間保持し、その後、消去すること。
3. 本通訳サービスに従事する医療通訳者が、万が一、正確な通訳を行うことができなかった場合であっても、これに関してサービス利用者は、　医療機関・薬局名　、大阪府、株式会社東和エンジニアリング及び当該通訳者に対して、損害賠償その他一切の請求をしないこと。
4. サービス利用者は、本通訳サービスに関わる通訳者の人権尊重及びプライバシーの保護に努めること。
5. 本通訳サービスの利用により、サービス利用者の個人情報を株式会社東和エンジニアリングが取得し、本通訳サービスの業務の範囲内で利用すること。

当該文書は日本語を原本とし、それ以外の言語による翻訳は参考として添付するものとします。

　　　　　　　　 　　　 　　　　年　　月　　日

患者署名　　患者签字：

名前（ローマ字）　　　姓名（拼音）：

代諾者名／続柄　　　委托代理人签字/与患者的关系：

名前（ローマ字）　　　姓名（拼音）：

医療機関・薬局（漢字あるいはアルファベット） 公启

**有关医疗口译服务的同意书**

我在接受 医療機関・薬局名（漢字あるいはアルファベット） 委托株式会社东和ENGINEERING所提供的医疗口译服务（以下简称“该口译服务”）时，了解并同意以下事项与内容。

1. 该口译服务范围只限于大阪府多语种远程医疗口译服务使用章程所规定的业务。
2. 为了不断提高该口译服务水平，对于我与医护人员的讲话内容，株式会社东和ENGINEERING将进行录音；录音内容会在第三方验证口译内容等情况时使用，另外录音内容最长保存6个月，之后将会删除。
3. 提供该口译服务的医疗口译人员在翻译时，即使有翻译不够准确的地方，接受该服务的人员对此也不会向 医療機関・薬局名（漢字あるいはアルファベット）　、大阪府、株式会社东和ENGINEERING以及口译人员要求赔偿损失以及提出其他要求。
4. 接受该服务的人员应尊重提供该口译服务的口译人员的人权，保护其个人隐私。
5. 接受该口译服务，株式会社东和ENGINEERING会掌握接受该服务人员的个人信息，并在此口译服务的业务范围内使用。

该文书以日语版本为原件，另附其他语种译文作为参考。