　　　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　が依頼したメディフォン株式会社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、メディフォン株式会社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３年間保持し、その後、消去する可能性があること。
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、メディフォン株式会社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メディフォン株式会社が取得し、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

**接受医疗翻译服务时有关翻译的同意书**

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mediPhone株式会社所提供的医疗翻译服务（以下简称“该翻译服务”）时，了解并同意以下事项与内容。

1. 该翻译服务范围只限于大阪府多语种远程医疗翻译服务使用章程所规定的业务。
2. 该翻译服务为了不断提高服务水平，对于与医护人员的讲话内容，mediPhone株式会社有可能进行录音，并由第三方验证翻译内容时使用，另外录音内容最长保存三年，之后进行删除。
3. 提供该翻译服务的医疗翻译人员翻译时即使有翻译不够准确的地方，对此也不得向 医療機関・薬局名（漢字あるいはアルファベット）　、大阪府、mediPhone株式会社以及翻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翻译服务的翻译人员的人权，保护其个人隐私。
5. 接受该翻译服务，mediPhone株式会社会掌握接受该服务的人员的个人信息并在翻译服务的业务范围内加以利用。

该文书以日语版本为原件，另附其他语种译文作为参考。