　　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 년 월 일

患者署名(환자 서명)：

名前（ローマ字）(이름/ 영문）：

代諾者名／続柄（법적대리인 이름 / 관계）　：

名前（ローマ字）（이름 / 영문）：

医療機関・薬局名(アルファベット) 귀하

**의료통역서비스에 따른 통역에 관한 동의서**

나는, 医療機関名・薬局名(アルファベット) 이/가 의뢰한 메디폰 주식회사가 제공하는 의료 통역 서비스(이하 본 통역 서비스”)를 이용할 때 다음 사항을 이해했으며, 그 내용에 동의합니다.

1. 본 통역 서비스 대상은 오사카부 다국어 원격의료통역서비스 이용 규정에 근거한 업무에 만 실시 할 것.
2. 본 통역 서비스의 품질 향상을 목적으로, 메디폰 주식회사가 의료 종사자와의 대화를 녹음하며, 그 내용을 외부 기관에 의한 통역 내용 검증 등에 활용하며, 또한 녹음 내용은 최대 3년 동안 보관한 후 삭제할 수 있다는 것.
3. 본 통역 서비스에 종사하는 의료 통역사가 만일 정확한 통역이 되지 못 했다 할지라도 이에 관하여 서비스 이용자는 医療機関名・薬局名(アルファベット), 오사카부, 메디폰 주식회사 및 담당 통역사에 대하여 손해 배상 및 기타 사항에 대한 청구는 일절 하지 않을 것.
4. 서비스 이용자는 본 통역 서비스와 관련하여 통역사의 인권존중 및 개인보호를 위해 노력할 것.
5. 이 통역 서비스 이용에 따라 서비스 이용자의 개인정보를 메디폰 주식회사가 입수하게 될지라도 본 통역 서비스 업무의 해당 범위 내에서만 사용할 것.

해당 문서는 일본어를 원본으로 하며, 기타 언어로 번역된 문서는 참고로 첨부합니다.