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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　año mes día

患者署名　Nombre del paciente：

名前（ローマ字）　Nombre (en alfabeto)：

代諾者名／続柄　Nombre del Sustituto-relaciòn　：

名前（ローマ字）Nombre (en alfabeto)：

Muy Sres. míos: 医療機関･薬局名（アルファベット）

**Consentimiento sobre el uso del servicio de intérpretes de asistencia médica**

Yo acepto este servicio que 医療機関･薬局名（アルファベット） ha solicitado y he entendido perfectamente las explicaciones sobre mediPhone (descrito abajo, como "nuestro servicio de intérpretes". )

1. Nuestro servicio teléfonico de intérpretes está sujeto exclusivamente al reglamento del servicio de intérpretes a distancia de varios idiomas de la provincia de Osaka.
2. El objeto de grabar la conversación entre mediPhone y el servicio sanitario es para mejorar el nivel de traducción y por medio de una tercera entidad controlar la exactitud de la traducción. Conservaremos los datos 3 años como máximo y después los eliminaremos.
3. No admitinos ningun tipo de compensación por parte de 医療機関･薬局名（アルファベット） o por parte de la provincia de Osaka, o de mediPhone. El intérprete no será penalizado por fallos en su traducción.
4. Quien recibe el servicio tiene que respetar los Derechos Humanos y los datos personales del intérprete.
5. Nuesto servicio preguntará los datos personales al paciente exclusivamente para el uso de nuestro servicio mediPhone.

El escrito original está en japonés y su traducción en diferentes idiomas servirá para facilitar su mejor compresión.