群馬県感染症医療通訳者登録申請書

令和〇年〇月〇日

群馬県知事　あて

住所

氏名

群馬県感染症医療通訳派遣実施要領の趣旨を理解し、群馬県感染症医療通訳者登録を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | | |
| 氏　　　名 |  | | |
| 生年月日 |  | 性別 |  |
| 住　　　所 |  | | |
| 電　　　話 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| 通訳可能言語 |  | | |
| 服薬支援業務の可否 | 可　　　　　　・　　　　　　否 | | |
| 守秘義務等の誓約 | 医療通訳の業務上知り得た情報を外部に漏らさないことを誓約します。  　　　　　氏名（自署） | | |