

付き添いサポート利用規約（2024年8月改訂）

このサービスは、NPO 法人国際交流の会とよながが、申込者に対して医療機関などへの同行通訳を提供するものです。サービスは、一回につき2時間以内。それ以上かかりそうな場合は、ご相談ください。

同行できる場所：病院、診療所、銀行、税務署、豊中市立以外の学校など

利用料：豊中市民 年度内（4月から翌年3月まで）3派遣まで 無料

4派遣目から、1回につき3,000円

豊中市民以外、1回 3,000円

業務が終わり次第、できるだけ早く下記口座に振り込みをしてください。

（サービスを続けていくために、協力をお願いしています。）

ゆうちょ銀行 記号 14070 番号 41318851

トクテイヒエイリカツドウホウジンコクサイコウリュウノカイ（トヨナカ）

申し込み方法：専用のフォームから、申し込んでください。

（当面は、[eメール tifatsukisoi@gmail.com](mailto:tifatsukisoi@gmail.com)、電話 08064419957 も可）

申し込み期限：できるだけ1週間前までにお願いします。

注意事項：

- サポーターに直接通訳の依頼は絶対にしないでください。
- サポーターは、連絡先を聞かれてもお答えすることはできません。
- キャンセルは前日までにご連絡ください。当日キャンセルの場合は、サポートを行ったとみなします。
- 同行通訳のアレンジは、最善を尽くしますが、必ず派遣できるとはかぎりません。

下記の同意書を読んで、サインをしてください。

依頼者と国際交流の会とよなが付き添いサポート間の同意書

わたしは貴会に病院への同行・通訳を依頼します。同行・通訳に従事するサポーター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、わたしは貴会および当該サポーターに対し、損害賠償その他の請求を含め、通訳に関する法的責任は一切問いません。また、同行・サポーターにかかわる人権の尊重およびプライバシーの保護に努めます。

同意日

依頼者氏名

（サポーター記入欄）

わたしたちは、誠意をもって、忠実な通訳の遂行につとめます。また、依頼者の守秘義務を厳守します。取得した情報は、同行・通訳にかかる業務の範囲内でのみ、利用します。

同意日

サポーター氏名