통역인 동행 서포트 이용규약 (2024 년 8 월 개정)

이 파견 서비스는 NPO 법인 국제교류회 도요나카가 신청자를 대상으로 의료기관 등에 동행하여 통역을 해 드리는 것입니다. 파견 서비스는 1 회당 2 시간 이내. 그 이상 걸릴 것 같은 경우는 상담해 주십시오.

동행 가능한 곳 : 병원, 진료소, 은행, 세무서, 도요나카 시립 이외의 학교 등
이용료 : 도요나카 시민- 연도내 (4 월부터 다음해 3 월까지) 3 번째 파견까지 무료
4 번째 파견부터 진찰 1 회당 3,000 엔
도요나카 시민 이외-1 회 3,000 엔
업무가 끝나는 대로 가능한 한 빨리 아래의 계좌로 입금해 주십시오.
(서비스를 지속하기 위해 협력을 부탁드립니다.)

유우쵸(우체국) 은행 기호 14070 계좌번호 41318851 토쿠테이히에이리카츠도우호루징코쿠사이코우류우노카이(특정비영리활동법인국제교류회) (도요나카)

신청방법 : 전용 양식으로 신청해 주십시오.
(당분간 이메일 tifatsukisoi@gmail.com, 전화 080-6441-9957 도 가능)
신청기한 : 1 주일 전까지 해 주십시오.

주의사항 :

- 절대로 서포터에게 직접 통역을 의뢰하지 마십시오
- 서포터에게 연락처를 물어도 가르쳐 드릴 수 없습니다.
- 취소는 하루 전날까지 연락해 주십시오. 당일 취소는 서포터를 파견한 것으로 간주합니다.
- 동행 통역 주선에 최선을 다해 힘쓰더라도 파견할 수 없는 경우도 있습니다.

아래의 동의서를 읽고 사인해 주십시오.

의뢰자와 국제교류회 도요나카 통역인 동행 서포터 간의 동의서

저는 귀회의 병원 동행・통역을 의뢰합니다. 만에 하나 동행・통역에 종사하는 정확한 통역을 하지 못한 경우라도 저는 귀회 및 해당 서포터에 대해 손해배상 그 외 청구를 포함한 통역에 관한 법적 책임을 일절 묻지 않겠습니다. 또한, 동행・서포터에 관한 인권 존중 및 프라이버시 보호에 노력하겠습니다.

동의일
의뢰자 성명

(서포터 기입란)
저는 성의를 다해 성실하게 통역수행에 임하겠습니다. 또한, 의뢰자의 비밀보호의무를 엄수하겠습니다. 취득한 정보는 동행・통역에 관한 업무 범위내에서만 이용하겠습니다.

동의일
서포터 성명