

翻 訳 依 頼 書

【FAX 送信先 050-8882-6293】

【Eメール送信先 aimis-honyaku@bricks-corp.com】

あいち医療通訳システム事務局 宛

ご依頼日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

住 所 _____

ご担当者様名 _____ 電話番号 _____

◆患者情報(※必須)

居住地 _____ 市・町・村 (県外の場合はこちらに _____ 県 _____ 市・町・村)

◆翻訳料金 A4 1枚につき 3,000円

◆翻訳原稿枚数 A4 _____ 枚

◆翻訳言語 (日本語⇄外国語)

原稿 _____ 語 ⇒ 翻訳希望言語 _____ 語

◆受取希望日 ※ご希望に沿えない場合があります。

_____ 月 _____ 日 _____ 曜日

◆受取希望方法 (ご希望の方法をチェックしてください。)

FAX E-mail

◆特記事項

◆問合せ先

あいち医療通訳システム事務局 TEL:050-3816-7465 (平日 午前9時～午後5時30分)