

希少言語に対応した遠隔通訳サービス お申込書

医療機関名		
ご住所	〒	
ご担当部署・ご担当者様名		
ご担当者様のご連絡先	メールアドレス	お電話番号
利用を想定する 主な言語	タイ語、 マレー・インドネシア語、 タミル語、 ベトナム語 フランス語、 ヒンディー語、 イタリア語、 ロシア語 ネパール語、 アラビア語、 タガログ語、 ミャンマー語	
ご利用開始希望日	年 月 日	
※ご登録にはお申込みから5営業日いただいております。ご了承ください。		

▼お電話番号（電話医療通訳をご利用する可能性のある番号をすべてご記入ください）

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

※21以上の番号を登録することも可能です。一覧をご提出ください。

▼請求書の送付先（※上記ご担当者様宛と異なる場合にのみご記入ください）

請求書送付先住所	〒
TEL	
FAX	
メールアドレス	
ご担当者部署	
ご担当者名	

- ご提出いただいた情報は弊社が責任を持って管理し、外部への漏洩・流出がないよう努めて参ります。
- 内容に変更がある場合には恐れ入りますが再提出をお願いいたします。