

様式 B-1

受付番号

年 月 日

一般財団法人 日本医療教育財団 御中

申請者：

所在地

名称（事業者名）

代表者役職氏名

印

平成 29 年度 医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業  
電話医療通訳サービス利用支援間接補助事業者の選定に関する公募申請書（B）

「平成 29 年度 医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業（電話医療通訳サービス利用支援間接補助事業者）」の公募申請をしたく、下記の書類を添えて提出します。

記

- 【1】公募申請書（様式 B-1）
- 【2】事業に係る費用積算（様式 B-2）
- 【3】電話医療通訳サービス概要資料（様式 B-3）  
※個人情報保護対策として、第三者認証未取得の場合は「個人情報保護規定等」の写しを添付
- 【4】事業案内（事業者案内パンフレット等）
- 【5】事業者の直近決算年度の確定申告書（写）、財務諸表（写）
- 【6】医療通訳者倫理規定
- 【7】医療機関とのサービス利用契約書フォーム
- 【8】医療通訳通話記録表フォーム
- 【9】電話医療通訳サービス利用促進計画書（企画書）（様式 B-4）  
・別紙 1 電話医療通訳サービス 料金形態

以上

1. 担当者

【担当の連絡先】	役 職 名：
	フリガナ：
	氏 名：
	所属部署名：
	電 話 番 号：
	E - m a i l：

※本様式は、日本工業規格 A 4 判で作成してください。

## 2. 本公募事業の申請について

### 1. 本公募事業への申請動機

※事業への申請を行うに至った経緯や動機を簡潔に記入してください。

### 2. 本公募事業の目的と課題

※事業実施の目的として、どのような成果を考えているのか、またそのためにはどのような課題があるのかを簡潔に記入してください。

### 3. 上記課題を踏まえた本公募事業のスキーム

※上記課題解決に向けて、取り組む事業概要を簡潔に記入してください。

### 4. 医療機関向け電話通訳サービスに関する実績やノウハウ等

※医療機関向け電話通訳サービスに関する実績やノウハウ等があれば記入してください。

### 5. 今後の展望

※電話通訳業界としての今後の展望をふまえ、数年先を見据えた医療機関向け電話通訳サービスの利用普及に関する目標（方向性）について、自社サービスの取り組みを簡潔に記入してください。

※本様式は、日本工業規格 A 4 判で作成してください。

### 3. 特記事項

その他、本公募事業の実施にあたり特筆すべき事項があれば記入してください。

(記入できなければ別紙にて提出)

※本様式は、日本工業規格 A 4 判で作成してください。