|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **様式Ｂ－４** |  | **受付番号** |  |

**年　　月　　日**

**一般財団法人 日本医療教育財団　御中**

　事業者名：

**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促進計画書（企画書）（Ｂ）**

**１．電話医療通訳サービス利用促進計画スケジュール**

|  |
| --- |
| **全体スケジュール**　（記入できなければ別紙にて提出）※電話医療通訳サービス提供内容の構築からサービス利用促進活動の実施、サービスの提供までの全体スケジュールを具体的に記載してください。 |

※本様式は、日本工業規格Ａ４判で作成してください。

**２．電話医療通訳サービス提供内容の特長（アピールポイント）**

　本事業における電話医療通訳サービスとして取り組む提供内容について、①～⑤の項目ごとにアピールポイント

　を簡潔に記載してください。「様式B-3電話医療通訳サービス概要資料」との整合性を図り、**今回新たに取り組**

**む事項としてサービスの強化・拡充を行う場合はその内容を具体的に記載し、導入する理由についても記載して**

**ください。**

|  |
| --- |
| （記入できなければ別紙にて提出）**①提供サービス内容****②通訳配置体制****③通訳者の質の担保****④リスク対策****⑤その他のサービス内容** |

※本様式は、日本工業規格Ａ４判で作成してください。

**３．電話医療通訳サービス利用促進のための施策**

いままで電話医療通訳サービスを利用したことのない医療機関に対して、電話医療通訳サービスの利用を促進するための施策を具体的に記載してください。なお、電話通訳の利便性を医療機関に認知してもらう方策として、施策の中に電話医療通訳サービスにかかる利用料等の減額を行うことを必須とします。（減額の割合は任意）

※**従来の促進活動と新たな施策がわかるように記載**し、取り組むことで見込まれる効果を簡潔に記入してください

※利用促進活動における対象地域や対象医療機関、電話医療通訳を新規で導入する**医療機関の目標数**を施策の中に

　必ず記載してください。

※様式B-4別紙1　料金形態と併せて記載してください。

|  |
| --- |
| （記入できなければ別紙にて提出） |

※本様式は、日本工業規格Ａ４判で作成してください。

**４．サービス利用継続のための施策**

　医療機関に対し、本事業修了後も電話医療通訳サービスを継続利用してもらうための施策を具体的に記載して

　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Ａ４判で作成してください。