

Tonari Gumi Medical Interpretation Service 隣組医療通訳サービス

Reservation Form 予約申し込み用紙 No. 番号 MIS ____ - 2025

The **Tonari Gumi Medical Interpretation Service** provides basic conversational interpretation support for seniors who need assistance with medical appointments or administrative matters (such as CRA, Service Canada, etc.). This service is available to Tonari Gumi members aged 55 and older, and non-members aged 65 and older.

*** Please note that this is not a certified medical interpretation service.**

隣組医療通訳サービスは、医療予約や行政機関（CRA/サービス・カナダなど）での案件に通訳が必要なシニアの方（隣組会員 55 歳以上、非会員 65 歳以上）へ、隣組ボランティアやスタッフ等が普通会話程度の通訳を提供するサービスです。* 有資格者医療通訳レベルのサービスではありません。

Name 名前 *	Last 氏:	First 名:
Cell 携帯番号 *		
Home 固定電話 *		
Email 電子メール		
Reservation Details 予約内容詳細		
Date 日付 *		
Time 予約時間 *	: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM ~ : <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
Address 予約先住所 *		
Tel 予約先電話番号 *		
Name 病院名・医師名 *		
Parmacy 薬局名		
Agencies 行政機関名	<input type="checkbox"/> CRA <input type="checkbox"/> Service Canada <input type="checkbox"/> Health Authority <input type="checkbox"/> Medical Specialist	
Other その他		
Details & Notes 予約内容 (オプション)		

Interpreter 通訳担当者名: _____

☐ Volunteer ボランティア ☐ TG Staff スタッフ ☐ Temporary Contract 派遣

Kumi Kakinuma Mobile Direct: (236) 785-5733

Satomi Kuronuma Office (604) 687-2172 Ext. 202

同意書

- このサービスは、言葉の壁のあるシニアの方々の自立生活をサポートする事を主旨としており、通常の通訳料より低価格な基本料金で提供しています。担当する通訳ボランティア・通訳スタッフは、通訳の経験を持ったものが担当しますが、医療通訳資格者レベルの通訳としての資格は持っていません。多少の誤訳、理解の相違、また情報追加または除外がある可能性があります。その理解の相違により、なんらかの問題などが発生した場合、隣組、または担当した通訳ボランティア・スタッフ等は、一切の責任は負えませんのでご了承ください。
- 原則として、医療関係、行政関係の予約の際に限ったサービスです。
- 申込用紙に記入していただいた個人情報は通訳ボランティア・通訳スタッフ等が共有しています。通訳ボランティア・通訳スタッフ等は守秘義務のトレーニングを受けています。
- 守秘義務の例外として、法廷、警察などの公的機関より情報公開を要求された場合（犯罪の証拠となる情報など）、そして人の命が危ぶまれる場合などは公開義務があることをご了承ください。

基本料金＊	\$ 40/2 時間		\$40
超過料金	\$ 5/30 分毎		\$
交通費・駐車料金 (通訳ボランティア担当の場合)	\$		\$
合計			\$

予約変更、キャンセルは予約の 48 時間（2 日）前までにお願いします。48 時間（2 日）以内のキャンセルはキャンセル料を頂く場合があります（医療緊急事態の場合は除く）。

基本料金に超過料金、そして通訳ボランティアが担当した際にのみ交通費または駐車料金が追加された合計金額が、登録されたクレジットカードに請求されます。

上記の隣組と通訳ボランティア・通訳スタッフの責任制限とサービスのリスクや規則を十分理解した上でサービスを依頼し、そのサービス料を支払うことに同意します。

氏名* _____ (ローマ字ブロック体)

署名* _____ スタッフ _____

日付* _____ 日付 _____

*** 2026年3月まで、United Way の資金援助により、サービス料金を低価格に収めることが可能となりました。**

“Consent Form”

- This service is designed to support the independent living of seniors facing language barriers and is provided at a basic rate lower than standard interpretation fees. The volunteer or staff interpreter assigned to you has interpretation experience; however, they are not certified medical interpreters. There may be minor mistranslations, misunderstandings, or unintentional inclusion or omission of information. Please understand that Tonari Gumi and the assigned volunteer or staff interpreters cannot be held responsible for any issues arising from such misunderstandings.
- This service is intended exclusively for medical and administrative appointments.
- The personal information provided on this application form will be shared with volunteer and staff interpreters. All interpreters have received confidentiality training.
- Exceptions to confidentiality include situations where information disclosure is legally required by public authorities (such as courts or police) or in cases where human life is at risk.

Basic Fee *	\$40 / 2 hours		\$40
Overtime Fee	\$5 / every 30 minutes		\$
Transportation/Parking Fees (if handled by a volunteer interpreter)	\$		\$
Total			\$

Reservation changes or cancellations must be made at least 48 hours (2 days) prior to the scheduled appointment. Cancellations made within 48 hours may incur a cancellation fee, except in cases of medical emergencies.

The total amount, including the basic fee, any overtime charges, and transportation or parking fees (if applicable when handled by a volunteer interpreter)—will be charged to the registered credit card.

I agree to request this service with a full understanding of the limitations of responsibility, potential risks, and service regulations set by Tonari Gumi and its volunteer/staff interpreters. I also agree to pay the applicable service fees.

Client Name * _____

Client Signature * _____ Interpreter Signature _____

Signed Date * _____ Signed Date _____

Thanks to funding assistance from United Way BC, the partial service fee is waived until March 2026.