

申込日 年 月 日

## 厚生労働省 希少言語に対応した遠隔通訳サービス 登録申込書

### ●申込者 情報

|       |         |
|-------|---------|
| 医療機関名 |         |
| 所在地   | 〒       |
| 担当部署  |         |
| 担当者名  |         |
| 連絡先   | 電話番号    |
|       | FAX番号   |
|       | メールアドレス |

### ●請求書の送付先(※上記と同一の場合、記入は不要)

|      |         |
|------|---------|
| 所在地  | 〒       |
| 担当部署 |         |
| 担当者名 |         |
| 連絡先  | 電話番号    |
|      | FAX番号   |
|      | メールアドレス |

希少言語に対応した遠隔通訳サービスの利用登録をご希望の医療機関は、本申込書に必要事項をご記入の上、運営事務局までメールまたはFAXで送付ください。

(送付先)  
運営事務局  
(株式会社BRIDGE MULTILINGUAL SOLUTIONS 内)  
〒160-0022  
東京都新宿区新宿4-3-17 FORECAST新宿SOUTH 4F  
FAX 03-5366-6002  
メールアドレス mhlw-office@bridge-ms.com

- ご提出いただいた情報は弊社が責任をもって管理し、外部への漏洩・流出がないよう努めます。
- 内容に変更があった場合には恐れ入りますが運営事務局へ再度ご提出をお願い致します。