

医療サポート多言語コールセンター登録票

医療機関名	フリガナ			
ご住所	フリガナ			
TEL			FAX	
ご担当者	フリガナ			
	氏名			E-Mail

※登録完了後、ご担当者様へ「登録完了報告」電話を差し上げます。

発信予定電話番号(通訳依頼発信の可能性のある電話番号を全てご記入ください)

【電話番号登録理由】

「医療サポート多言語コールセンター」では、通訳依頼入電時に医療施設様の発信者属性が一目で判別できるように発信する可能性がある電話番号を全てご登録いただいております。何卒、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

	医療機関名・部署・担当等	電話番号		医療機関名・部署・担当等	電話番号
例	●●病院	総合受付	000-000-0000	21	
例	,,	時間外受付	000-000-0000	22	
例	,,	救命救急センター	000-000-0000	23	
例	,,	内科	000-000-0000	24	
1				25	
2				26	
3				27	
4				28	
5				29	
6				30	
7				31	
8				32	
9				33	
10				34	
11				35	
12				36	
13				37	
14				38	
15				39	
16				40	
17				41	
18				42	
19				43	
20				44	

送信先: 株式会社ビーボーン 医療サポート多言語コールセンター登録担当

FAX番号 092-735-8883

送信

Mail: conference@beborn.jp

URL: <http://beborn.jp>