



통역 서비스 요청/거부 양식*

회원 이름: _____

주 사용 언어: _____

예. 통역 서비스를 요청합니다.

언어: _____

가족이나 친구가 통역을 하도록 하겠습니다.

통역 서비스가 필요하지 않습니다.

이 회원에게는 이 서비스가 적용되지 않습니다. 설명 기입: _____

회원 서명 _____ 날짜 _____

* 의료 서비스 제공자가 회원의 의료 기록을 첨부하시기 바랍니다.