

REQUEST FOR TRANSLATION DEMANDE DE TRADUCTION

Please send your document to be translated to: SHFrenchTranslation@sharedhealthmb.ca with the attached form.
 Prière d'envoyer votre texte à traduire à SHFrenchTranslation@sharedhealthmb.ca avec ce formulaire.

Date sent – Date d'envoi		Date required – Date d'échéance	
☐ English to French		☐ French to English	
Requested by – Demandeur		Word count – Compte de mots	
Document Title – Titre du document		Is this an urgent translation? / S'agit-il d'une traduction urgente? ☐ Yes/Oui ☐ No/Non	
Which Regional Health Authority or Site do you belong to? ☐ Shared Health ☐ WRHA ☐ Southern Health ☐ IERHA ☐ Prairie Mountain ☐ CancerCare MB ☐ St. B Hospital			
Program/Service/Department – Programme/service/département			
Email address – Adresse courriel		Contact Person – Personne-ressource	
Phone Number – Numéro de téléphone			
Type of Service Requested – Type de service requis			
☐ Translation of entire document / Traduction du document au complet	☐ Translation of highlighted text / Traduction du texte en surbrillance	☐ Update / Mise à jour	☐ Proofread / Lecture d'épreuve
Has this document been translated before? ☐ Yes/Oui ☐ No/Non ☐ Unknown/Inconnu <i>Ce document a-t-il déjà été traduit?</i>			
If yes, please provide the previously translated version when sending in your request. <i>Si oui, veuillez fournir la version déjà traduite lors de l'envoi de votre demande.</i>			
Translation Timeline - Délais d'exécution			
Urgent	1 – 2 business days	1 – 50 Words	2 – 3 business days
50 – 500 Words	5 business days	500 – 3000 Words	10 business days
3001 + Words	21 business days		
The documents will be sent back to the requester at their email address. / Les documents seront retournés au demandeur à leur adresse courriel.			