

第 1 回 ICM 認定医療通訳士実務者認定審査 申請書 <記入例>

一般社団法人 国際臨床医学会
医療通訳士認定部会 殿

下記のとおり、ICM 認定医療通訳士実務者認定審査を申込みます。

申請日

2019 年 12 月 15 日

1-1 : 申請書

氏名	国臨 太郎		生年月日		
フリガナ	コクリン タロウ		1977	年	7 月 7 日
ローマ字氏名 (パスポート表記)	Taro Kokurin				
現住所 (自宅)	住所	〒123-5678 東京都国際区城下町 1-2-3 ICM マンション 1234 号			
	E-mail	kokurin.taro@icm.ne.jp	Tel	090-1234-5678	
所属機関	名称	ICM 病院			
	住所	〒123-6789 東京都国際区門前町 1-2-3			
	E-mail	Tao.kokurin@icm.co.jp	Tel	03-1234-5678	
国籍	日本				
母語	日本語				
通訳対象言語	日本語 ↔ (英語) 日本語 ↔ () 語				
医療通訳の経験	日本語 ↔ (英語) いままでにおよそ何例の医療通訳を行いましたか? (300) 例 医療通訳を最近の何年間、継続して行っていますか? (9) 年				
郵便物送付先	現住所【 <input type="radio"/> 】	所属機関【 <input type="checkbox"/> 】	希望する送付先の【 <input type="checkbox"/> 】内に		
メール送付先	現住所【 <input type="checkbox"/> 】	所属機関【 <input type="radio"/> 】	○をつけてください		

※個人情報の取扱い：本申請で得た個人情報は、本認定に伴う書類作成・メール配信に用い、利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

1-2: 履歴書 (学歴・資格)

①学歴

年・月	高等学校・専門学校・大学・大学院の順で書いてください。 また、学校の名称だけでなく、所在地、国名も書いてください。 卒業したものだけを書いてください。
1993年4月 ～1996年3月	ICM 高等学校国際科 (東京都) 卒業
1996年4月 ～2000年3月	ICM 大学外国語学部英語学科 (東京都) 卒業

②保健医療・社会福祉・教育などに関する資格と実務経験

※実務経験では、実務内容を記載してください。(別紙での記載も可)。

年・月	保健医療・社会福祉・教育などに関する資格と実務経験
2015年4月～現在	ICM 病院にて国際医療コーディネーター兼医療通訳として勤務
2010年4月 ～2015年4月	医療通訳派遣団体特定非営利活動法人 ICM に登録し、医療通訳を行う

※上欄に記載しきれない場合は別紙に記載しご提出ください

※医療に関する国家資格を有している場合、その証明証の画像を添付 (コピー) でお送りください

1-4 : 言語運用に関する資格と研修 (直近のものから記述してください)

①語学・通訳に関する資格

※母語が日本語以外の場合は、日本語の能力・資格について、できるだけ記載してください。

年・月	語学・通訳に関する資格
2012年7月	TOEIC 805点取得
2004年8月	実用英語技能検定2級合格

※上記資格の証明書類の画像を添付 (コピー) でお送りください

②語学・通訳に関する学習歴・留学歴など

年・月 (期間)	語学に関する学習歴 (学習期間と修了クラスなど)・留学歴など
2000年4月 ～2001年3月	ICM 語学学校日英通訳基礎科修了
2002年4月 ～2004年3月	オーストラリア語学留学

※上記学習歴の認定証・証明書・受講証などの証明書類の画像を添付 (コピー) でお送りください

1-5: 医療通訳に関する教育および研修受講歴 (直近のものから記述してください)

①医療通訳に関する教育および研修受講歴

※なお、厚生労働省の「医療通訳育成カリキュラム基準」を満たした研修については、その旨、記載してください。

※医療通訳に関する教育、研修の受講の内容(医療関連知識、倫理、通訳技術など)と受講形態(座学または通訳実習・演習・実技など)と、それぞれの時間(講義の時間数、実技等の時間数など)をできるだけ詳しく記載ください。

年・月	医療通訳に関する教育および研修受講歴受講時間
2014年4月 ～2015年3月	ICM 大学医療通訳養成講座受講 修了 (合計 15 日間・約 120 時間、うち実技は 30 時間) ※医療通訳育成カリキュラム基準を満たした研修

※上記研修の修了証・受講証明証等の証明書類の画像を添付(コピー)でお送りください

②認定医療通訳士講習会(国際臨床医学会指定)受講歴(直近のものから記述してください)

年	月	学会指定講習会受講歴
2019年	12	第1回 ICM 医療通訳士認定講習会 1 (1 時間)
2019年	12	第1回 ICM 医療通訳士認定講習会 2 (1 時間)
2019年	12	第1回 ICM 医療通訳士認定講習会 3 (1 時間)

※上記研修の修了証・受講証明証等の証明書類の画像を添付(コピー)でお送りください

③国際臨床医学会学術集会参加歴(直近のものから記述してください)

年	月	国際臨床医学会学術集会参加歴
2019年	12	第4回国際臨床医学会学術集会参加 (1 日)

ICM 認定医療通訳士実務者認定審査申請 実務経験証明 医療通訳実績表

これまでに担当した代表的な医療通訳の実績について合計 10 例を下記の表に記入してください。

できる限り、承諾書やインフォームド・コンセントを必要とする侵襲的検査、手術、治療などの症例を多く含むようにしてください。そして、その旨を記載してください。

※医療機関・所属団体・依頼団体の証明が必要です。

※証明機関ごと、言語ごとに記載し、それぞれ証明を受けた後、様式 1 とともに提出してください。

フリガナ	コクリン タロウ	通訳言語
氏名	国臨 太郎	日本語←→英語

2-1: 医療通訳実績一覧表(1)

日付	2019年9月3日	通訳時間	60分以上
病院名	ICM 病院	診療科名	消化器内科
症例内容と通訳ケース	オーストラリア人患者が上腹部痛にて内科を受診し内視鏡検査を受けた際、診察室と検査室にて医療通訳を担当した		
日付	2018年5月21日	通訳時間	30分以上
病院名	ICM 病院	診療科名	循環器内科
症例内容と通訳ケース	アメリカ人患者が動悸にて循環器内科を受診診察室にて診察・携帯型心電計説明の医療通訳を行った		
日付	2019年8月9日	通訳時間	30分以上
病院名	ICM 病院	診療科名	麻酔科術前外来
症例内容と通訳ケース	腹腔鏡下胆嚢摘出術の手術予定の南アフリカ人患者の術前診察の医療通訳を担当した		
日付	2017年6月2日	通訳時間	30分以上
病院名	ICM 病院	診療科名	小児科
症例内容と通訳ケース	カナダ人小児が頻回嘔吐・下痢・発熱にて母親と小児科を受診診察・便検査説明の医療通訳を担当した		
日付	2019年7月23日	通訳時間	30分以上
病院名	ICM 病院	診療科名	薬剤科
症例内容と通訳ケース	ニュージーランド人入院患者への持参薬確認の医療通訳を担当した		

上記症例の医療通訳を申請者が担当したことを証明します

証明機関名	ICM 病院		
証明者 所属・氏名	国際診療部 部長 佐藤太郎		
証明者 署名(直筆)・捺印	佐藤太郎		

フリガナ	コクリン タロウ	通訳言語
氏名	国臨 太郎	日本語←→英語

2-2: 医療通訳実績一覧表(2)

日付	2015年3月12日	通訳時間	60分以上
病院名	ICMクリニック	診療科名	産婦人科
症例内容と通訳ケース	オーストラリア人女性患者が月経過多にて受診MRI検査時の医療通訳を通訳派遣にて担当した		
日付	2012年1月20日	通訳時間	60分以上
病院名	ICMレディースクリニック	診療科名	産婦人科
症例内容と通訳ケース	不妊治療中のフィリピン人患者の超音波検査時の医療通訳を通訳派遣にて担当した		
日付	2013年6月10日	通訳時間	30分以上
病院名	ICM診療所	診療科名	小児科
症例内容と通訳ケース	パキスタン人母子の小児予防接種の際の医療通訳を通訳派遣にて担当した		
日付	2014年7月25日	通訳時間	60分以上
病院名	ICMクリニック	診療科名	整形外科
症例内容と通訳ケース	オーストラリア人患者が右ひざ関節痛にて受診し変形性関節症と診断された通訳派遣の医療通訳として診察時の医療通訳を担当した		
日付	年 月 日	通訳時間	分以上
病院名		診療科名	
症例内容と通訳ケース			

上記症例の医療通訳を申請者が担当したことを証明します

証明機関名	特定非営利活動法人 ICM		
証明者 所属・氏名	代表者 木村愛子		
証明者 署名(直筆)・捺印	木村愛子		

フリガナ	コクリン タロウ	通訳言語
氏名	国臨 太郎	日本語←→英語

2-2: 医療通訳実績一覧表(2)

	日付	2010年11月5日	通訳時間	90分以上
	病院名	ICM病院	診療科名	
	症例内容と通訳ケース	オーストラリア人女性患者が頭痛と手の腫れにて受診 通訳ボランティアで派遣され診察とMRI検査時の医療通訳を担当した		
	日付	年 月 日	通訳時間	分以上
	病院名		診療科名	
	症例内容と通訳ケース			
	日付	年 月 日	通訳時間	分以上
	病院名		診療科名	
	症例内容と通訳ケース			
	日付	年 月 日	通訳時間	分以上
	病院名		診療科名	
	症例内容と通訳ケース			
	日付	年 月 日	通訳時間	分以上
	病院名		診療科名	
	症例内容と通訳ケース			

上記症例の医療通訳を申請者が担当したことを証明します

証明機関名	国際区国際交流センター		
証明者 所属・氏名	多文化共生課 大田次郎		
証明者 署名(直筆)・捺印	大田次郎		

様式 3 (記入例)

国際臨床医学会
医療通訳士認定部会 御中

2019年12月10日

推薦状

下記の申請者が、ICM 認定医療通訳士実務者認定に申請することを推薦いたします。

《推薦理由》

(医療通訳者の活動の様子、患者や医療関係者からの評価なども含めて、ご自由に記載してください)

国臨太郎さんは、当病院における国際医療コーディネーター兼医療通訳として4年以上の経験を有し、医療通訳を通じて、外国人患者や各診療科との信頼関係を構築し、国際医療の推進に携わってきました。国際医療についての学習意欲も高く、貴会認定医療通訳士と認定されることで、更なる活躍が期待されています。

当院におけるこれまでの医療通訳の経験を踏まえると、英語医療通訳としての通訳能力・多文化共生に対する対応力は申し分なく、貴会認定医療通訳士に認定される十分な能力を有すると存じます。

よろしくお取り計らいますようお願い申し上げます。

医療通訳者 (申請者)

氏名 : 国臨 太郎
生年月日 : 1977年7月7日

推薦者

所属先 : ICM 病院
職名 : 国際診療部部长
所属先住所 : 東京都国際区門前町 1-2-3
氏名 (自著) : 佐藤太郎

