

## 第 7 回 ICM 認定医療通訳士「実務者認定」審査 申請書

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：2025 年 12 月 20 日

氏名：国臨 太郎

## ■基本情報

|             |        |                                               |                                  |                                        |
|-------------|--------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|
| 氏名          |        | 国臨 太郎                                         |                                  |                                        |
| フリガナ        |        | コクリン タロウ                                      |                                  |                                        |
| ローマ字氏名      |        | Taro Kokurin (パスポート表記)                        |                                  |                                        |
| 生年月日        |        | (西暦)1988 年 8 月 8 日                            | 年齢                               | 37 歳                                   |
| 現住所<br>(自宅) | 住所     | 〒123-5678<br>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                          |
|             | 職業     | 事務職<br>例) 会社員、事務職、個人事業主、主婦 等                  |                                  |                                        |
| 所属機関        | 名称     | ICM 病院                                        |                                  |                                        |
|             | 住所     | 〒123-6789<br>東京都国際区門前町 1-2-3                  |                                  |                                        |
|             | E-mail | Taro.kokurin@icm.co.jp                        | Tel                              | 03-1234-5678                           |
| 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="radio"/> 】                  | 所属機関【 <input type="checkbox"/> 】 | ○をつけてください                              |

※ご記載いただいた内容で認定証書・認定カードを作成・郵送いたしますので正確にご記入ください

## ■言語・医療通訳経験

|             |                                                                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1. 国籍       | 日本                                                                      |
| 2. 母語       | 日本語                                                                     |
| 3. 通訳対象言語   | 日本語 ↔ ( スペイン 語)<br>※2 言語以上の認定を希望の方は、言語ごとに申請書を提出してください                   |
| 4. 医療通訳の経験  | ①いままでにおよそ何例の医療通訳を行いましたか？ ( 200 ) 例<br>②医療通訳を最近の何年間、継続して行っていますか？ ( 4 ) 年 |
| 5. 海外居住経験年数 | ( 2 ) 年<br>※居住・勤務・留学などで日本以外での居住経験合計年数を記入してください                          |

※年表記については西暦の記載をお願いいたします

## ■経歴（資格・学歴・国際経験・医療通訳活動歴）

## 6. 学歴（直近のものから記述してください）

|            |                                                                           |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 年・月        | 高等学校以降の学歴を記入してください。<br>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。<br>卒業したものだけを書いてください。 |
| 2011 年 3 月 | ICM 大学外国語学部スペイン語学科（東京都） 卒業                                                |
| 2007 年 3 月 | ICM 高等学校国際科（東京都） 卒業                                                       |
|            |                                                                           |
|            |                                                                           |
|            |                                                                           |
|            |                                                                           |
|            |                                                                           |
|            |                                                                           |
|            |                                                                           |

※記載しきれない場合は別紙に記載しご提出ください

## 7. 国際経験（直近のものから記述してください）

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| 年・月（期間）               | 日本以外での居住・勤務・留学（専攻）などの経験        |
| 2012 年 4 月～2013 年 3 月 | スペイン・バルセロナへ語学留学（専攻：医療スペイン語コース） |
|                       |                                |
|                       |                                |
|                       |                                |
|                       |                                |
|                       |                                |
|                       |                                |
|                       |                                |
|                       |                                |

※記載しきれない場合は別紙に記載しご提出ください

## 8. 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、記載しきれない場合は別紙記載でご提出ください）

| 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          |
|---------------------|------------------------------------|
| 2019年4月～<br>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     |
| 2014年4月<br>～2019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 |
|                     |                                    |
|                     |                                    |
|                     |                                    |
|                     |                                    |
|                     |                                    |
|                     |                                    |
|                     |                                    |

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

## 9. 医療通訳活動歴（直近のものから記述してください）

| 年・月                 | 医療通訳、通訳、保健医療などに関する職歴・団体所属歴・活動歴     |
|---------------------|------------------------------------|
| 2019年4月～<br>現在      | 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  |
| 2014年3月～2019<br>年3月 | 株式会社 ICM 社に勤務（海外渉外担当・社内通訳担当）       |
| 2014年4月～2019<br>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 |
| 2013年4月～2014<br>年3月 | 国際区国際交流センターにボランティア登録し、コミュニティ通訳を行う  |
| 2013年4月～2014<br>年3月 | フリーのツアーガイドとして活動                    |
|                     |                                    |
|                     |                                    |
|                     |                                    |
|                     |                                    |
|                     |                                    |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

※記載しきれない場合は別紙に記載しご提出ください

様式 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）

## 10. 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。

[illegible]

※上記資格の証明書類（コピー）の画像をメール添付でお送りください

## 11. 語学・通訳に関する学習歴

[illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

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

様式 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）

12. 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                                                           |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 2023 年 9 月－10 月       | ICM スクール 医療通訳スキルアップ講座（16 時間）                                                     |
| 2021 年 4 月～2022 年 3 月 | ICM 大学医療通訳養成講座スペイン語コース受講 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（コピー）の画像をメール添付でお送りください

13. ICM 認定医療通訳士講習会受講歴（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                   |
|-------------|------------------------------|
| 2025 年 11 月 | 第 5 回 ICM 認定医療通訳士講習会 1（1 時間） |
| 2025 年 11 月 | 第 5 回 ICM 認定医療通訳士講習会 2（1 時間） |
| 2025 年 11 月 | 第 5 回 ICM 認定医療通訳士講習会 3（1 時間） |
|             |                              |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

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

※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・メール配信や、医療通訳に関する学術・研究のために用い、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。