様式1-1

第2回ICM認定医療通訳士**「医療通訳試験合格者認定」**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認定医療通訳士医療通訳試験合格者認定審査を申込みます。

申請日： 　 年 月 日

氏名：

**■基本情報**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | |
| ローマ字氏名 | | (パスポート表記) | | | | |
| 生年月日 | | （西暦） | | 年齢 | |  |
| 現住所（自宅） | 住所 | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| E-mail |  | | Tel | |  |
| 所属機関 | 名称 |  | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| E-mail |  | | Tel | |  |
| 郵便物送付先 | | 現住所【　　　】 | 所属機関【　　　】 | | 希望する送付先の【　】内に  〇をつけてください | |
| メール送付先 | | 現住所【　　　】 | 所属機関【　　　】 | |

**■医療通訳試験**

合格した医療通訳試験を記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| 試験実施団体名 |  |
| 言語 | 語 |
| 試験の名称 |  |
| 受験年度 |  |

※上記試験の合格証明証の画像を添付でお送りください

※年表記については西暦で記載でお願いいたします

様式1-2

**■言語・医療通訳経験**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 国籍 |  |
| 2. 母語 | 語 |
| 3. 通訳対象言語 | 日本語 ←→（ 語）  ※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？　　（ ）例  ②医療通訳を最近の何年間、継続して行っていますか？　（ ）年 |
| 5. 海外居住経験年数 | （　　　　　　　）年  ※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 |

**■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・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。 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※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1-3

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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式1-4

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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※記載しきれない場合は別紙に記載しご提出ください

**■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。

|  |  |
| --- | --- |
| 年・月 | 語学・通訳に関する資格 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※上記資格の証明書類の画像を添付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

|  |  |
| --- | --- |
| 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）など |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※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。