様式2 No.1

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 |  | 通訳言語 |
| 氏名 |  | 日本語←→（　　　語） |

2－1：医療通訳実績一覧表(1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  | | |
|  | 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 |  |
| 証明者　所属・氏名 |  |
| 証明者  署名（直筆） |  |

様式2 No.2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 通訳言語 |
| 氏名 |  | 日本語←→（　　　語） |

2－2：医療通訳実績一覧表(2)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  | | |
|  | 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 |  |
| 証明者　所属・氏名 |  |
| 証明者  署名（直筆） |  |

様式2 No.3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 通訳言語 |
| 氏名 |  | 日本語←→（　　　語） |

2－2：医療通訳実績一覧表(2)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  | | |
|  | 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 |  |
| 証明者　所属・氏名 |  |
| 証明者  署名（直筆） |  |