

## 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>署名（直筆） |  |

|      |  |                |
|------|--|----------------|
| 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>署名（直筆） |  |

|      |  |                |
|------|--|----------------|
| 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>署名（直筆） |  |