様式1-1

第1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 年 月 日

1－1：申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |
| フリガナ |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ローマ字氏名(パスポート表記) |  |
| 現住所（自宅） | 住所 | 〒 |
|  |
| E-mail |  | Tel |  |
| 所属機関 | 名称 |  |
| 住所 | 〒 |
|  |
| E-mail |  | Tel |  |
| 国籍 |  |
| 母語 | 　　　語 |
| 通訳対象言語 | 日本語 ←→（ 　　　語）日本語 ←→（ 　　　語） |
| 医療通訳の経験 | 日本語←→（　　　　語）　　いままでにおよそ何例の医療通訳を行いましたか？　　（　　　　　）例　　医療通訳を最近の何年間、継続して行っていますか？　（　　　 　）年　　　 |
| 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【　　】 |

※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。

様式1-2

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。 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

※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

様式1-3

1－3：履歴書（医療通訳活動歴）

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

※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

様式1-4

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

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

※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

様式1-5

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

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

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