

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	
メール送付先	現住所【 】	所属機関【 】	○をつけてください	

※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。

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

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

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・留学籍など

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）・留学籍など

※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

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