

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）・捺印	⑩

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）・捺印	①

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）・捺印	①