様式1-1

ICM認定医療通訳士**「実務者認定」**認定更新　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の更新を申込みます。

申請日： 　 年 月 日

氏名：

**■基本情報**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | |
| ローマ字氏名 | | (パスポート表記) | | | | |
| 生年月日 | | （西暦） | | 年齢 | |  |
| 現住所（自宅） | 住所 | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| E-mail |  | | Tel | |  |
| 所属機関 | 名称 |  | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| E-mail |  | | Tel | |  |
| 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【　　　】 | |

※送付希望先の住所に証書・カードを郵送いたします

**■言語・医療通訳経験**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 国籍 |  |
| 2. 母語 | 語 |
| 3. 通訳対象言語 | 日本語 ←→（ 語）  ※2言語以上の認定更新を希望の方は、上記（）内に併記してください |

※年表記については西暦の記載でお願いいたします

※直近のものから記述してください

様式1-2

**■更新ポイント申告表**

4. ICM認定医療通訳研修（必修）（30ポイント必要）

**2020年度認定者対象新型コロナウイルス感染拡大に伴う認定更新特例措置により免除**

5. 資格認定ポイント（合計50ポイント以上必要）

※この4年間で参加した学術集会や、受講した講習会、認定セミナーについてお書きください

※ポイント数については下記更新ポイント表を参考にしてください

※参加・受講を証明する受講証明書やメールなどの画像データをメール添付でお送りください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 日 | 名称 | ポイント数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※上記表で記載しきれない場合は、表を拡張したうえで記入しご提出ください

※参考：更新ポイント表

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 付与ポイント |
| ICM認定医療通訳士講習会（ICM指定）（45分以上１時間以内） | 10ポイント |
| 国際臨床医学会学術集会　参加 15ポイント | 15ポイント |
| ICM認定セミナー、シンポジウム等参加 | 5ポイント |
| ICMが認定する各病院等開催の講習会　参加 | 5ポイント |

様式1-3

**■医療通訳活動についてのアンケート**

以下、認定医療通訳士の方へ医療通訳活動についてのアンケートとなります。ご協力をお願いいたします。

1. 研修ポイント・資格認定ポイントの**対象とならない**研修やセミナー、教育講座など（所属先の勉強会等含める）を、この4年間で受講したことはありますか？受講したことがある方は下記の表にその名称を記入してください。　（ない場合は記入なしで結構です）

|  |  |
| --- | --- |
| 年・月 | 名称 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※受講を証明する受講証明書などの画像の添付は必要ありません

1. この4年間で、講師や発表者、または主催者として参加した研修やセミナー、教育講座などはありますか？ある場合は、下記の表にその名称を記入してください。　（ない場合は記入なしで結構です）

|  |  |
| --- | --- |
| 年・月 | 名称 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※受講を証明する受講証明書などの画像の添付は必要ありません

様式1-4

C. この4年間で経験した医療通訳の経験をおよそで結構ですので教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 通訳対象言語 | 日本語 ←→（ 語） |
| 医療通訳の経験 | 1. 認定後の4年でおよそ何例の医療通訳を行いましたか？　　（ ）例 |

D. 普段、どこで医療通訳を行っていますか？

下記の選択肢の中から選び該当する記号を【　】内にお書きください。

1. 勤務先（フリーランス含む）
2. 医療通訳派遣（ボランティア含む）
3. プライベート（家族や親族、知人に頼まれた場合など）
4. その他
5. 今は医療通訳活動を行っていない

回答【　　　】

E. 認定を受ける前と受けた後とでなにか変化はございましたか？ご自由にお書きください。

|  |
| --- |
|  |

F. 今後、講習会等で取り上げてもらいたいテーマなどがございましたら教えてください。

|  |
| --- |
|  |