

## 第2回 ICM 認定医療通訳士講習会 受講申込書

氏名		
フリガナ		
ローマ字氏名		(パスポート表記)
E-mail		
Tel		
お住まい	都道府県	
	市区町村	

※以下、該当する箇所の□内にチェックをつけてください。

国際臨床医学会 会員／非会員	<input type="checkbox"/> 会員
	<input type="checkbox"/> 非会員
グローバルヘルス 合同大会 2020 参加／不参加	<input type="checkbox"/> 既に参加登録を済ませている
	<input type="checkbox"/> 参加せず、講習会のみを受講する
受講理由	<input type="checkbox"/> 第2回 ICM 認定医療通訳士『実務者認定』に申請予定である
	<input type="checkbox"/> 第1回 ICM 認定医療通訳士『試験合格者認定』に申請予定である
	<input type="checkbox"/> 医療通訳士に興味・関心がある
	<input type="checkbox"/> 時間の都合が良かった
	<input type="checkbox"/> その他
希望する講習	<input type="checkbox"/> 第2回医療通訳士認定講習会 1
	<input type="checkbox"/> 第2回医療通訳士認定講習会 2
	<input type="checkbox"/> 第2回医療通訳士認定講習会 3
同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 講義の録画 講義内容は学会運営側で録画を行い再配信いたします。 そのため、参加者の質問や講義風景についても録画され再配信されます。</li> <li>・ 録画・録音の禁止 許可なく講義を、録画・録音・撮影することはできません。</li> <li>・ 個人的な医療相談の禁止 講義に関係のない質問および個人的な医療相談・健康相談を禁じます。</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> 上記内容に同意する (チェックがない場合受講できません)

以上をご記入のうえ、ICM 医療通訳士認定部会事務局 [training@kokusairinshouigaku.jp](mailto:training@kokusairinshouigaku.jp) に本申込書を添付しメールにてお申し込みください。