平成30年度 静岡県医療通訳者養成講座 申込書

記入日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日
（西暦）</td><td rowspan="2">年
月　　日</td><td>年齢</td><td>性別</td></tr>
<tr><td>名前</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>国籍</td><td></td><td>通訳言語</td><td colspan="3">ポルトガル語　　スペイン語
ベトナム語　　フィリピン語</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td><td>携帯電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="5">（パソコンからのメールを受け取れるアドレスをご記入ください）</td></tr>
<tr><td>参加できる日程に「✓」下さい</td><td colspan="5">☐　10月14日(日)　　☐　10月21日(日)　　☐　11月11日(日)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">語学に関する資格</td><td colspan="5">例)TOEIC、TOEFL、英検、日本語検定、その他外国語検定など</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">今までの活動履歴</td><td colspan="5">（医療通訳経験、通訳・翻訳の経験についてご記入ください。また、医療通訳に入った病院名、依頼された市町国際交流協会や機関があれば、お書きください。）</td></tr>
<tr><td>（病院名）</td><td colspan="2">（診療科）</td><td colspan="2">（通訳件数）</td></tr>
<tr><td colspan="5">（市町国際交流協会やその他機関名、内容、件数）</td></tr>
<tr><td>医療通訳活動ができる時間を教えてください。</td><td colspan="5">（対応可能な曜日、時間帯に〇をつけてください。）
月曜日　火曜日　水曜日　木曜日　金曜日　土曜日　日曜日
午前・午後　午前・午後　午前・午後　午前・午後　午前・午後　午前・午後　午前・午後
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

※ご協力ありがとうございました。
　ご記入いただいた個人情報は、当協会にて管理し、医療通訳研修会や医療通訳関連の情報提供及び活動についてのみに使用いたします。