公益財団法人ひろしま国際センター　交流部　広本宛
FAX：０８２－２４３－２００１　E-mail：hic08@hiroshima-ic.or.jp

医療通訳養成研修（基礎コース）　申込書	
お名前	（ふりがな）
国籍・第１言語	
受講クラス	□中国語　□スペイン語　　□タガログ語　□ベトナム語
受講言語の語学資格、海外滞在、経験（できるだけ書いて下さい）	
ご住所	〒　　－
TEL	
FAX	
E-Mail	
これまで、医療通訳、通訳・翻訳の経験はありますか。（できるだけ書いてください）	□　あります　　□　ありません ・どのような場面ですか？ ・医療通訳養成研修は受講したことがありますか？ □はい（ある場合は講座主催者名　　）、□いいえ
当センターの「医療通訳サポーター」に登録する意思はありますか	□　あります　　□　ありません
研修全 4 回受講できますか。	□　できます　　□　できません ・できない場合は欠席の日時＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
活動（病院への通訳派遣）できる日時・地域を教えて下さい。	・活動可能な曜日、時間帯すべてに○をつけて下さい 月曜／午前・午後、火曜／午前・午後、水曜／午前・午後 木曜／午前・午後、金曜／午前・午後 ・活動できる地域：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿