

# HIC医療通訳(新規) ボランティア養成研修

日本語に習熟していない外国人住民等の皆さんが、安心して医療・保健サービスを受けられるように、医療通訳ボランティアを養成するための研修を行います。

7/9  
(土)

10:00~16:30  
(会場: ひろしま国際センター)

- ・ 医療通訳の倫理・心得
- ・ 対人援助知識
- ・ 医療制度・医療費の知識 など

7/10  
(日)

10:00~17:00  
(会場: ひろしま国際センター)

- ・ 多文化知識の基礎
- ・ 各診療科共通の用語知識
- ・ 病気の知識・解説 など

全日程を受講しない場合は、選考は受けられません。

7/16  
(土)

10:00~17:00  
(会場: 調整中)

- ・ 通訳技術知識
- ・ 通訳技術訓練法
- ・ 模擬通訳 (各言語ごと)

7/17  
(日)

10:00~17:00  
(会場: 調整中)

- ・ 模擬通訳 (各言語ごと)
- ・ **選考**・面接

## 受講条件

- HIC医療通訳ボランティア派遣事業の内容に同意いただける方
  - 県内において、主に平日活動が可能な方
  - 自身が受診する場合に、対象言語で受診できる程度の高度な語学力を有する方
- ※**選考・面接に合格された方が医療通訳ボランティアとして登録されます。**

## 募集人数

各言語 5名 程度  
※応募者多数の場合、書類選考あり

## 対象言語

英語、中国語、ベトナム語、タガログ語、  
スペイン語、ポルトガル語

## 受講料

**無料** ただし、受講決定後に研修で使用するテキストを購入していただきます。  
『医療通訳学習テキスト』(創英社/三省堂書店、¥3,500+税金) ※費用は自己負担です。

## 申込方法

右のQRコードまたはURLからオンラインフォームで申込みいただくか、  
裏面の申込用紙を郵送、メール、FAXで送付ください。

**申込締切 5/27 (金)**  
**(郵送の場合必着)**

<https://bit.ly/3OuqdEc>



# 令和4年度 HIC 医療通訳ボランティア養成研修申込用紙

\*必須項目：必ず記入・選択して下さい

|                                                           |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                            |                                                            |                                                                          |                                                            |                                                            |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ふりがな<br>お名前*                                              |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                            | 年齢                                                         | 歳                                                                        | 性別                                                         | 男・女・無回答                                                    |
| 連絡先*                                                      | 住所（〒       -       ）*                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                            |                                                            |                                                                          |                                                            |                                                            |
|                                                           | TEL*                                                                                                                                                                                     |                                                            |                                                            | E-mail*                                                    |                                                                          |                                                            |                                                            |
| ご職業                                                       | <input type="checkbox"/> 会社等に勤務している <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他(       )                                                        |                                                            |                                                            |                                                            |                                                                          |                                                            |                                                            |
| 出身国*                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                            | 母語*                                                        |                                                                          |                                                            |                                                            |
| 受講言語*                                                     | <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 中国語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> スペイン語<br><input type="checkbox"/> ポルトガル語 |                                                            |                                                            |                                                            |                                                                          |                                                            |                                                            |
| 当センターの医療通訳ボランティア登録を希望しますか？*                               |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                            |                                                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                 |                                                            |                                                            |
| 通訳レベルについて*<br>・日本語が母語の方は、受講言語のレベル<br>・日本語が母語でない方は、日本語のレベル |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                            |                                                            | <input type="checkbox"/> 日常会話は支障なくできる<br><input type="checkbox"/> 討論ができる |                                                            |                                                            |
| 活動できる時間帯*                                                 | 月曜日                                                                                                                                                                                      | 火曜日                                                        | 水曜日                                                        | 木曜日                                                        | 金曜日                                                                      | 土曜日                                                        | 日曜日                                                        |
|                                                           | <input type="checkbox"/> 午前<br><input type="checkbox"/> 午後                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 午前<br><input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> 午前<br><input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> 午前<br><input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> 午前<br><input type="checkbox"/> 午後               | <input type="checkbox"/> 午前<br><input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> 午前<br><input type="checkbox"/> 午後 |
| 通訳・翻訳の経験*                                                 | <input type="checkbox"/> ある（具体的に：       ） <input type="checkbox"/> ない                                                                                                                    |                                                            |                                                            |                                                            |                                                                          |                                                            |                                                            |
| 医療通訳養成研修を受講した経験*                                          | <input type="checkbox"/> ある（講座主催者名：       ） <input type="checkbox"/> ない                                                                                                                  |                                                            |                                                            |                                                            |                                                                          |                                                            |                                                            |
| 海外(日本)滞在経験*                                               | 国・地域                                                                                                                                                                                     |                                                            |                                                            | 滞在目的/年数*                                                   | /       年                                                                |                                                            |                                                            |
| 語学に関する資格*                                                 | 例)TOEIC,英検,日本語能力試験（得点や級、取得年月日も記入）                                                                                                                                                        |                                                            |                                                            |                                                            |                                                                          |                                                            |                                                            |
| 応募動機*                                                     |                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                            |                                                            |                                                                          |                                                            |                                                            |

申込用紙提出先：(公財)ひろしま国際センター 医療通訳担当    **申込締切 5/27（金）**  
 〒730-0037 広島市中区中町 8-18 広島クリスタルプラザ 6F  
 TEL: 082-541-3777 FAX:082-243-2001 E-mail: hic-medic@hiroshima-ic.or.jp  
 ※記載いただいた内容は、HIC 医療通訳ボランティアに係る業務にのみ使用します。

## HIC 医療通訳ボランティア派遣事業について

### 1. 対応時間

原則として、1 回につき概ね 2 時間程度を目途とし、医療機関及び保健機関の診療（検診等）時間内（概ね午前 9 時から午後 8 時まで）とする。

### 2. 通訳内容

【医療機関】受付、診察、検査、会計、病室、薬局（概ね 100m 以内の院外薬局も対象）等

【保健機関】3 歳児健診時の問診・診察、予防接種の予診票交付や家庭訪問等

### 3. 通訳の派遣依頼者及び派遣先

HIC 医療通訳ボランティア派遣事業の趣旨等に賛同する医療機関等

※外国人住民等個人からの派遣依頼は受け付けない。

### 4. 通訳派遣に関わる費用

令和 5 年 3 月 31 日までは、HIC が費用の全額を負担する。医療通訳ボランティアへの費用の支払いは、HIC が行う。

### 5. 医療通訳ボランティアに対する協力金

1 回当たり 2,000 円とする。

なお、医療機関等における活動時間が 2 時間を超える場合は、1 時間毎に 1,500 円を加算する。

### 6. 医療通訳ボランティアの交通費相当額

派遣先医療機関等が医療通訳ボランティアの居住地と同一市（町）である場合は、1,000 円。

なお、派遣先医療機関等が医療通訳ボランティアの居住地と異なる市（町）である場合は、実費を基本として HIC と派遣依頼者が協議し額を定める。

### 7. 登録期間及び更新

医療通訳ボランティアとしての登録期間は 1 年とする。（更新あり）

また、スキルアップ研修など、当センター主催の研修に、2 年連続して一度も参加しない場合は、登録を抹消する。

### <賠償の責任について>

HIC 医療通訳ボランティア派遣事業利用規程（抜粋）

第 8 条 医療通訳ボランティアの通訳過誤等の医療通訳について、公益財団法人ひろしま国際センター（以下「甲」という。）は、医療機関・保健機関（以下「乙」という。）に対して賠償の責任を負わないものとし、乙（公立等の公的保健機関は除く。）は、賠償責任保険に加入し、当該過誤等について担保できることを条件とする。また、医療通訳ボランティアの通訳過誤等の医療通訳について、甲及び乙は医療通訳ボランティアに対して賠償請求しない。