**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

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* |  | | | | 年齢 | | 歳 | | | 性別 | 男・女・無回答 | |
| 連絡先\* | 住所（〒　　　-　　　　）\* | | | | | | | | | | | |
| TEL\* |  | | | E-mail\* | | |  | | | | |
| ご職業 | □会社等に勤務している　　□学生　　□無職　　□その他(　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 出身国\* |  | | | | 母語\* | | |  | | | | |
| 受講言語\* | □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 | | | | | | | | | | | |
| 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？\* | | | | | | | □はい　　□いいえ | | | | | |
| 通訳レベルについて\*  ・日本語が母語の方は，受講言語のレベル  ・日本語が母語でない方は，日本語のレベル | | | | | | | □日常会話は支障なくできる  □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 |
| □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 |
| 通訳・翻訳の経験\* | □ある（具体的に:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ない | | | | | | | | | | | |
| 医療通訳養成研修を受講した経験\* | □ある（講座主催者名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□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\* |  | | | | | | | | | | | |