**2018年10月6日（土曜）～7日（日曜）開催**

**｢第７回医療通訳ボランティア養成講座」申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 職業 |  |
| 名前 |  | 会社・所属団体 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | メールアドレス\*必須 |  |
| 国籍 |  |

|  |
| --- |
| 希望言語について |
| [ ] 英語　　　[ ] 中国語　　　[ ] スペイン語　　　[ ] ポルトガル語 |
| 医療通訳等養成講座への参加経験について |
| [ ] つくば市国際交流協会主催の講座に参加したことがある（　　　　　　　　　年）[ ] 参加したことがない[ ] 他主催の養成講座に参加したことがある（講座名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療通訳の実務経験について |
| [ ]  医療関係知識もしくは職務経験があり、専門的な内容も該当言語で説明できる[ ]  日本語能力検定試験1級に合格している[ ]  要請があった際は、医療機関開業時（平日日中）に該当言語でボランティアできる |
| 言葉に関する資格など（例：××語検定○級） |
|  |
| 特記事項，通訳経験など御記入ください。 |
|  |

※申込者多数の場合は、申込用紙記載事項で受講者決定の場合がございます。御了承願います。

＊申込ありがとうございます。この文書をEメール添付の上、協会（info@inter.or.jp）へお送りください＊

申込・問合せ先／一般財団法人　つくば市国際交流協会

住所／〒305-0031つくば市吾妻1-10-1イノベーションプラザ内

電話／029-869-767　E-mail／info@inter.or.jp