|  |
| --- |
| 医療通訳サポーター養成講座　受講申込書 |
| フリガナ | 　 |
| お名前 | 　 |
| 連絡先 | 住　所 | (〒　　　　－　　　　　）　 |
|  |
| T E L | 　 | E-mail | 　 |
| 職業 | 　☐会社等に勤務している　　☐学生　　☐無職　　☐その他（　　　　　　　　　　） |
| 出身国 | 　 | 母　語 | 　 |
| 通訳・翻訳の経験 | 　☐ある（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）　　　☐ない |
| 通訳言語 |  |
| 医療通訳に関する研修の受講経験 | 　☐ある（講座名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）　　　☐ない |
| 日本・海外　　　　滞在経験 | 　国・地域 | 滞在目的／年数 | （滞在目的）　・　　（年数）**／**　　　　　　年 |
| 　 |
| 語学に関する資格 | 　例）TOEIC, 英検, 日本語能力検定試験（得点や級, 取得年月日も記入）　 |
| 　　※ご記入いただいた個人情報は当研修会の管理・運営の目的にのみ使用いたします。 |
| **【提出先】**（公財）福井県国際交流協会〒910-0004　福井市宝永３丁目１－１福井県国際交流会館 事務所FAX：0776-28-8818　　✉：info@f-i-a.or.jp |