|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |