

医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）資格更新申請書

一般財団法人 日本医療教育財団 御中

私は、一般財団法人日本医療教育財団による医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）の資格更新の申請をします。

| | | | |
|----------------------------|--|----------|---|
| フリガナ | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性 |
| 氏名 (合格時) | | | |
| ※合格時と氏名の変更が必要な方 (※必ず裏面を確認) | | 生年 月日 | 西暦 年 月 日 |
| フリガナ | | | |
| 氏名 (変更) | | | |
| 現住所 | (〒 都道府県) ※現在と合格時の住所の変更 ⇒ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 電話番号 | () | Eメール | |
| 勤務先 | (所属 :) | | |
| 所属通訳団体 | | | |

| 医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）資格取得情報 | | | | | | ※下記の事項は「技能認定証」に記載されています | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|--|------|-----------------------------|--|------------------------------|--|
| 試験種別 | <input type="checkbox"/> 専門試験 | | <input type="checkbox"/> 基礎試験 | | 言語 | <input type="checkbox"/> 英語 | | <input type="checkbox"/> 中国語 | |
| 合格番号 <small>※技能認定証の右上7桁の番号</small> | | | | | 認定日 | 西暦20 年 月 日 | | | |
| | | | | | 有効期限 | 西暦20 年 月 日 | | | |

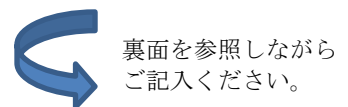
| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 携帯用「資格認定カード」希望欄 <small>※別途、発行手数料2,000円（税込・送料込）がかかります。</small> | <input type="checkbox"/> 希望する | <input type="checkbox"/> 希望しない |
|--|-------------------------------|--------------------------------|

更新手数料払込（振込）証明貼付欄

払込明細書（コピー可）を横向きで貼付してください。

※更新者本人名で振込んでください。
 ※払込明細書は①振込日、②振込先、③振込金額
 ④振込人氏名の4点を確認させていただく際に使用します。
 残高表示がある場合の残高の消去・塗りつぶしは可。
 ※インターネットバンキングで振込をされた場合は、上記①～④の4点が表示されている受付画面をプリントアウトし、本「資格更新申請書」と同封してください。

| 資格申請 累計ポイント | |
|----------------|---------------------------------------|
| 知識要件 | 累計【 】 ポイント (<様式2> 更①) |
| 実務要件 | 累計【 】 ポイント (<様式2> 更②) |



【医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）資格更新申請書記載要領】

資格更新申請書の作成にあたっては、下記要領を熟読のうえ、黒の油性ボールペン（消せるボールペンは不可）を使用し、作成すること。

誤りの無いよう楷書で丁寧に記入し、記入を誤った場合は、申請者本人が訂正箇所に二重線を引き、訂正すること。訂正印は不要。 記載内容に不備があった場合は、受理できないことがあるので注意すること。

■下記①～⑫の事項に留意し、記入すること。

①送付日

資格更新申請書の送付日（西暦）を記入すること。

②氏名・フリガナ

- ・合格時と氏名（技能認定証の氏名）の変更が必要な方は、①氏名（合格時）欄と、②氏名（変更）欄の両方に氏名を記入すること。氏名の変更が無い方は、氏名（合格時）のみ記入すること。
- ・楷書で正確に記入し、略字は使用しないこと。
- ・氏名がひらがな、カタカナの場合でも、フリガナはカタカナで記入すること。
- ・特殊な漢字（画数が多く複雑なもの・微妙な違いで別の漢字になるもの・旧字体・異体字・別字体・中国語字体など）については特に注意して記入すること。
- ・日本国籍を有しない者は「在留カード」もしくは「特別永住者証明書」に記載される文字で正確に記入すること。

＜氏名変更が必要な方＞

新たに発行する「技能認定証」は、現在の氏名で発行します。

氏名変更にあたり下記のいずれかの確認書類を提出すること。

＜新氏名が記載された確認書類＞ ※発行日から6ヵ月以内もしくは有効期限内のもの

- ・運転免許証 ・旅券 [パスポート] ・各種健康保険証 ・在留カード
- ・特別永住者証明書
- ・住民票 [住民票記載事項証明書]（生年月日が記載されているもの）
- ・戸籍謄（抄）本・戸籍記載事項証明書

※上記以外の確認書類については、当財団へお問い合わせください。

③性別

該当するものにを記入すること。

④生年月日

西暦で記入すること。

⑤現住所

都道府県名から番地、またマンション等の場合は号数まで記入すること。

「技能認定証」の送付先の住所となるので、詳細を正確に記入すること。

⑥電話番号

日中連絡の取れる電話番号を記入すること。

⑦Eメール

Eメールアドレスは、ハイフン、アンダーバー、ドット、数字の1とアルファベットのLなど、間違えやすいものについては特に注意して記入すること。（日本医療教育財団よりEメールで連絡を行うことがあるため、Eメールアドレスは必ずご記入ください）

⑧勤務先・所属、所属通訳団体

現在、離職している方は、勤務先欄に×を記入すること。

所属通訳団体（派遣団体等）がない方は、所属通訳団体欄に×を記入すること。

⑨医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）資格取得情報欄

試験種別、言語、合格番号、認定日、有効期限について、「技能認定証」を確認のうえ記入すること。

⑩携帯用「資格認定カード」希望欄

携帯用の資格認定カードを希望された方には、発行に関する案内を後日、⑦Eメールに送信します。

（別途、発行手数料2,000円（税込・送料込）がかかります）

⑪資格申請累計ポイント

別紙（様式 更1・様式 更2）に記入の申請ポイントの累計を記入すること。

〔資格更新申請に際しての注意事項〕

※提出された資格更新申請書類一式は適合、不適合に関わらず返却いたしません。

作成していただいた資格更新申請書類一式のコピーをとり、控えとして保管しておいてください。

記載内容について、当財団より確認のため問合せすることがあります。

※郵送の不着、遅延等の責任は一切負えません。郵送事故防止のため、特定記録・簡易書留等、記録に残る方法で郵送されることをお勧めします。