

実務経験証明書様式

(医療通訳専門技能認定試験)

実務経験証明書

氏 名

生年月日 西暦 年 月 日生

上記の者は、_____年__月から_____年__月までの__年__ヵ月の間に、
医療通訳の実務を [_____ 件] もしくは [_____ 時間]、
_____語で経験していることを証明します。

(英語・中国語)

該当する受験資格

- 受験資格(2) 医療通訳の実務経験を、目安の件数もしくは時間数以上有する者
(過去5年以内の経験とする)

[実務経験の目安] …医療通訳の実務を60件程度、もしくは60時間程度

- 受験資格(3) 医療通訳基礎技能認定試験の合格者で、医療通訳の実務経験を、
目安の件数もしくは時間数以上有する者

[実務経験の目安] …医療通訳の実務を30件程度、もしくは30時間程度

西暦 年 月 日

所在地

機関・団体名

代表者名

㊦

電話番号